



MEMOIRE
MASTER 2 DROIT ET POLITIQUES DE SANTE

Année universitaire 2019/2020

Matthias BLIN

**L'ETAT DE SANTE ET L'ACCES AUX SOINS
DES IMMIGRES**

Sous la direction du Professeur Johanne SAISON

Université de Lille

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier Mme Saison, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils.

Je remercie également tous mes proches qui m'ont aidé durant l'écriture de ce mémoire. Leur soutien et leur patience m'ont été d'une grande aide.

Enfin, je remercie la Maison des Solidarités Départementales de Nice et la structure de Médecins du Monde implantée à Nice, qui m'ont beaucoup éclairé sur les problématiques liées aux immigrés, ce qui m'a encouragé à choisir ce thème pour ce Mémoire.

Sommaire

<i>I. Un constat de santé dégradée des immigrés, intrinsèque à leur parcours jusqu'en France</i>	14
A. Les conditions du départ du pays d'origine et le trajet jusqu'en France.....	14
B. Le cas particulier des demandeurs d'asile et de la procédure Dublin : un mécanisme de responsabilité étatique sujet à débat	21
<i>II. Les causes de l'état de santé dégradée des immigrés en France et les dispositifs d'accès aux soins face à diverses barrières</i>	41
A. Un état de santé précaire des immigrés en France : une exposition accrue aux maladies et des environnements de vie pathogènes	41
B. Une grande diversité des dispositifs d'accès aux soins des immigrés	66

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	9

I. Un constat de santé dégradée des immigrés, intrinsèque à leur parcours jusqu'en France	14
A. Les conditions du départ du pays d'origine et le trajet jusqu'en France	14
1. <i>Les raisons majeures du départ du pays d'origine : un impact plus ou moins conséquent sur la santé des immigrés</i>	14
2. <i>Le trajet jusqu'au pays d'accueil : un réel parcours du combattant</i>	17
B. Le cas particulier des demandeurs d'asile et de la procédure Dublin : un mécanisme de responsabilité étatique sujet à débat	21
1. <i>Le cas spécifique des demandeurs d'asile : une situation instable et une réelle difficulté d'accès aux soins</i>	21
a. Définition, historique et régime juridique du droit d'asile	21
b. Un point sur la situation actuelle	22
c. Le statut de réfugié et la protection subsidiaire : un accès aux soins compliqué... ..	25
2. <i>La procédure Dublin</i>	29
a. Les principes instaurés par le règlement de 2013 : la responsabilité étatique des demandeurs d'asile	29
b. Les dublinés, une catégorie conséquente des demandeurs d'asile	32
c. Les écueils de la procédure Dublin : un mécanisme largement mis en cause quant au non-respect des droits fondamentaux	34
d. Le logement des dublinés : une tendance décriée à la rétention et l'assignation à résidence	37
3. <i>Le triple paradoxe de la procédure Dublin</i>	39

II. Les causes de l'état de santé dégradée des immigrés en France et les dispositifs	
<i>d'accès aux soins face à diverses barrières</i>	41
A. Un état de santé précaire des immigrés en France : une exposition accrue aux maladies et des environnements de vie pathogènes	41
1. <i>Une prévalence des maladies et infections dans la population immigrée</i>	41
2. <i>Une santé précaire des immigrés due à des conditions de vie néfastes</i>	48
3. <i>Une santé précaire des immigrés : les problèmes de logement et les retards de vaccination</i>	53
4. <i>Un marché du travail difficile à pénétrer et empreint de pénibilités pour les immigrés</i>	61
a. <i>Une difficulté d'obtention de la couverture maladie : l'éviction des immigrés du marché du travail</i>	61
b. <i>Les immigrés, davantage exposés aux pénibilités au travail affectant leur état de santé</i>	63
B. Une grande diversité des dispositifs d'accès aux soins des immigrés	66
1. <i>Les dispositifs existants pour les immigrés réguliers</i>	66
2. <i>Dispositifs existants pour les immigrés irréguliers</i>	70
a. <i>L'Aide Médicale d'Etat, essentielle à l'accès aux soins des plus démunis</i>	70
3. <i>Les barrières et motifs de renonciation aux soins des immigrés comme freins majeurs à l'efficacité des dispositifs d'aide et de soins</i>	75
a. <i>Le renoncement aux soins par les immigrés : les freins linguistiques, culturels et juridico-administratifs</i>	75
b. <i>Une couverture maladie parfois minimale ou inexistante : une difficulté de prise en charge et causes d'une discrimination par les professionnels de santé</i>	78
c. <i>Le renoncement aux soins pour raisons financières</i>	80
d. <i>Le cas spécifique de renoncement aux soins des personnes âgées et femmes immigrées</i>	81
 CONCLUSION	 83
BIBLIOGRAPHIE	85

ABREVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

AMS : Allocation Mensuelle de Subsistance

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CASO : Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

Cimade : Comité inter-mouvements auprès des évacués

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

Comede : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

Direccte : Direction Régionale des Rntreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

GUDA : Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OFCE : l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONI : Organisation Internationale de la Migration

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNUE : Programme des Nations Unies pour l'Environnement

PRAPS : Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

PUMA : Protection Universelle Maladie

PRAHDA : PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

SPADA : Structure de Premier Accueil pour Demandeur d'Asile

UE : Union Européenne

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« *Le constat ne change pas : les plus précaires sont aussi les plus mal soignés. Les progrès sont faibles, les reculs et les menaces sont là [...]. La précarité, c'est l'incertitude absolue sur l'avenir qui provient de l'absence de certaines sécurités – le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'accès à l'instruction, à la culture, les liens familiaux et sociaux... Elle peut mener à la très grande pauvreté lorsque ces fragilités se cumulent... L'accès à la santé et aux soins est fortement influencé par ces phénomènes : en exposant les personnes à des conditions de vie difficiles, la pauvreté les fragilise et peut entraîner des problèmes de santé, liés notamment à un environnement quotidien dégradé (logements insalubres, vie à la rue...). L'instabilité dans laquelle vivent les personnes en précarité les plonge dans un fonctionnement de survie où la santé passe souvent après les besoins vitaux et immédiats : un abri, un repas... L'absence de droits pour certaines populations ou leur non-application, le découragement des personnes amenant au non-recours à leurs droits contribuent à exclure ces personnes pauvres et précaires du système de santé. Sans couverture maladie, pas de sésame pour l'accès aux soins. La lutte contre l'exclusion, la pauvreté, la précarité et le combat pour la santé pour tous sont ainsi intimement liés¹* ». Voilà ce qu'écrit Yannick Le Bihan, Directeur des Opérations France Médecins du Monde, dans le dix-huitième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins. Ce texte résume parfaitement l'idée au cœur de ce Mémoire : la précarité, la vulnérabilité, l'instabilité, compromettant grandement la santé des immigrés durant toutes les étapes de leur parcours.

La santé, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²* ». Cette définition est toujours d'actualité aujourd'hui.

L'accès aux soins peut, quant à lui, se définir comme la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé³. Cet accès aux soins est un droit fondamental figurant à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 : « *Elle [la Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux*

¹ Médecins du Monde, rapport de 2017, p. 4 ; 5. Disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf> [visité le 3 avril 2020].

² <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> [visité le 25 mai 2020].

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-3-les-soins-pour-les-personnes-en-situation-precaire> [visité le 25 mai 2020].

vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». L'accès aux soins figure également à l'article L. 1110-1 du Code de la Santé Publique. C'est pourquoi il existe de nombreux dispositifs propres à certains publics dont les ressources ne leur permettent pas d'accéder aux soins par les voies conventionnelles.

Selon le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est : « *une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France* »⁴. Notons cependant qu'il existe des cas spécifiques, à l'instar des personnes nées françaises à l'étranger, qui ne sont pas considérées comme immigrées. A noter également que la qualité d'immigré est permanente : cela signifie qu'un individu sera toujours considéré comme immigré, même si ce dernier devient français à un moment donné. C'est le cas de 2.4 millions d'immigrés ayant acquis la nationalité française⁵. Cette définition est officiellement reprise par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) afin de recenser la population.

Il convient également de distinguer cette définition d'immigré avec d'autres notions relativement proches. Tout d'abord, un immigré n'est pas un étranger, dans le sens où un étranger : « *est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française* ». La personne peut donc avoir une autre nationalité, ou bien aucune, dans le cas où elle est apatride (n'ayant pas de nationalité). Un étranger peut aussi être né en France, ce qui n'est pas le cas de l'immigré. De plus, le statut d'étranger n'est pas définitif, contrairement à l'immigré, car une fois que la nationalité française est acquise, la personne n'est plus considérée comme étrangère⁶. En France, en 2018, 4.8 millions d'étrangers étaient recensés, dont 4.1 millions d'immigrés de nationalité étrangère et 700 000 étrangers nés en France.

De même, l'amalgame entre l'immigré et le migrant est très répandu, malgré le fait qu'il existe des différences notables. On oppose souvent le terme de migrant à celui de réfugié, dans la mesure où les « migrants » feraient le choix du départ de leur pays pour des raisons économiques, tandis que les réfugiés, ou demandeurs d'asile, y seraient forcés. S'il n'existe pas de définition officielle du migrant, certaines définitions sont tout de même retenues. C'est le cas de la définition de l'Organisation Internationale de la Migration (ONI), une agence

⁴ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328> [visité le 26 mai 2020].

⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#consulter> [visité le 26 mai 2020].

⁶ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198> [visité le 26 mai 2020].

gouvernementale. Cette agence définit le migrant comme : « *Toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale*⁷ ». L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), quant à elle, définit le terme migrant comme : « *Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays*⁸ ».

A la vue de ces définitions, il apparaît que les notions d'immigrés et de migrants ne sont pas vraiment comparables. D'un côté, la définition de l'immigré insiste sur la nationalité ainsi que le lieu de naissance, toutes deux étrangères à la France, tandis que de l'autre côté, la notion de migrant fait, objectivement, uniquement référence à une personne qui s'établit dans un pays autre que dans celui dans lequel il est né ou réside habituellement. Le migrant est donc une notion plus floue, relevant plus du langage commun que d'une définition exhaustive. C'est pourquoi ce Mémoire portera sur la santé et l'accès aux soins des immigrés en France, une notion bien appréhendée à travers les différentes études et statistiques.

Ainsi, le sujet portera sur l'état de bien être des personnes nées étrangère à l'étranger et résidant en France, aussi bien sur le plan physique que mental, et leur faculté de recevoir des soins adéquats.

Historiquement, la santé des immigrés était relativement bonne dans les années 80-90 comparée à celle d'aujourd'hui, notamment dû à un processus d'auto-sélection lié aux politiques d'accueil de migrant endurcie⁹. Ainsi, les immigrés arrivant en France étaient déjà en bonne santé. Aujourd'hui, ce processus n'existe plus et les raisons d'arrivée des immigrés sont différentes (guerre, persécutions, environnement...).

Leur accès aux soins tend, quant à lui, à se simplifier, avec, en théorie, une certaine souplesse. Cette simplification s'explique essentiellement par la mise en place de nouveaux dispositifs leur permettant d'accéder plus aisément aux différents professionnels de santé. La Couverture Maladie Universelle (CMU), ainsi que la CMU-Complémentaire (CMU-C), créées en 1999, donnaient la possibilité aux immigrés d'avoir un accès aux soins dont les frais étaient

⁷ <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant> [visité le 27 mai 2020].

⁸ <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/> [visité le 27 mai 2020].

⁹ IRDES, Marie-Odile Safon, *La santé des migrants – Bibliographie thématique, février 2018*, p.33, disponible sur le site suivant : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf> [visité le 4 mai 2020].

entièrement remboursés. Plus tard remplacés par la Protection Universelle Maladie Universelle (PUMA), ces dispositifs permettaient à une population, souvent précaire, de bénéficier d'un accès aux soins. De même, certains dispositifs ont été mis en place pour les immigrés irréguliers afin de pouvoir également accéder aux soins. C'est le cas de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou bien encore des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), respectivement instaurées en 2000 et en 1998.

Ce Mémoire portera sur le cas des immigrés en France métropolitaine, se basant sur des données actuelles. Ce travail se concentrera donc sur la santé et l'accès aux soins des immigrés en France de nos jours.

Ce sujet est particulièrement intéressant, puisque la question des immigrés, notamment en France - historiquement un pays d'accueil -, est en débat perpétuel. Le nombre d'immigrés en France n'a cessé d'augmenter depuis 1946, notamment dû à la période particulière d'après-guerre, où une importante main d'œuvre était demandée. En effet, si le nombre d'immigrés représentait 5% de la population à l'époque, ce nombre est de 9.7% en 2018, soit 6.5 millions de personnes en France¹⁰. Les vagues d'immigration continuant de s'accroître chaque année, ce sujet s'impose avec une grande évidence au vu des questions humanitaires, administratives, logistiques et financières qu'il soulève.

En 2018 également, l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) a reçu un total de 122 743 demandes d'asile, ce qui représente une hausse de 22% par rapport à 2017¹¹. A l'aune des politiques d'immigration souvent hésitantes en France¹², il semble intéressant et judicieux de faire le point sur l'efficacité de certains dispositifs et de l'état de santé globale des immigrés.

De plus, de nombreuses barrières existent concernant l'accès aux soins des immigrés. Que cela soit pour des raisons financières, culturelles, administratives, ou bien encore qu'il s'agisse d'un refus de la part des professionnels de santé, l'accès aux soins des immigrés est parfois difficile, malgré la présence de divers dispositifs à leur égard.

¹⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#consulter> [visité le 28 mai 2020].

¹¹ Guillemette Chevaillier, EHESP, service documentation, *La santé des migrants en situation précaire*, mai 2019, p. 3. Disponible sur le site suivant : https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/05/DO_SanteMigrants_maj21052019.pdf [visité le 26 mai 2020].

¹² Groupe Hospitalier Sud Ile de France, ERES, Groupe Migrants de Prévention SPILF, Corevih IDF Est, *La Santé des migrants*, 2017, p. 50. Disponible sur le site suivant : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2017bordeaux-migrants/2017bordeaux-gpvsplif-vignier-sante-migrants.pdf> [visité le 1er mai 2020].

Quelles sont les diverses causes de l'état de santé dégradée des immigrés avant et après leur arrivée en France, ainsi que les dispositifs d'accès aux soins mis en place pour soutenir cette population spécifique ?

Si l'état de santé des immigrés est déjà compromis avant même leur arrivée en France (I), cet état tend à se détériorer avec le temps, d'où l'existence de nombreux dispositifs spécifiques à ce public (II).

I. Un constat de santé dégradée des immigrés, intrinsèque à leur parcours jusqu'en France

Avant leur arrivée en France, une partie des immigrés connaît parfois des souffrances pouvant altérer leur état de santé, que cela soit dans leur pays d'origine ou bien durant leur trajet (A). Même une fois sur le territoire français, les immigrés font face à de multiples procédures, réel frein à leur accès aux soins (B).

A. Les conditions du départ du pays d'origine et le trajet jusqu'en France

Les causes du départ des immigrés de leur pays d'origine sont nombreuses, mais ont souvent les mêmes conséquences : des séquelles physiques et mentales (1). De la même manière, le trajet jusqu'au pays d'accueil est semé d'obstacle, marquant profondément les immigrés (2).

1. Les raisons majeures du départ du pays d'origine : un impact plus ou moins conséquent sur la santé des immigrés

Si un besoin de santé se fait nettement ressentir sur le territoire français, majoritairement dû à des conditions de vie précaires, le besoin en santé des immigrés peut survenir bien avant leur arrivée en France. Il est d'ailleurs important de distinguer dès à présent les immigrés qui arrivent et qui résident sur le territoire de manière illégale, et ceux qui résident de manière légale. Ceux-ci ont des causes et des conditions de départ bien plus favorables pour arriver en France en bonne santé. Par exemple, il peut s'agir d'immigrés qui viennent chercher du travail et des débouchés professionnelles qui leur correspondent davantage, ainsi que ceux qui viennent commencer ou continuer leurs études. De même, certaines personnes quittent leur pays pour rejoindre le reste de leur famille, ou bien certains de leurs proches¹³.

Ce n'est pas le cas des immigrés qui voyagent et traversent les pays de manière clandestine, car ils fuient leur pays. Selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), les personnes forcées de fuir leur pays dans le monde s'élèvent à 68.5 millions en 2017, soit 31 personnes par minutes, et ne tend qu'à s'accroître¹⁴. Ces immigrés vont avoir un parcours beaucoup plus dangereux et partent de leur pays dans des conditions

¹³ <https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants/> [visité le 28 janvier 2020].

¹⁴ <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2018/6/5b27bfe1a/685-millions-personnes-deracinees-chiffre-record-consequences-massives.html> [visité le 20 mars 2020].

bien plus précaires la majorité du temps, ce qui concourt grandement à la dégradation de leur santé mentale et physique, avant même leur arrivée en France.

Effectivement, l'état sanitaire de personnes immigrées peut parfois être grandement détérioré dû aux conditions « d'existence », liées aux pays d'origine. Entre autres, l'extrême pauvreté d'un pays peut pousser certains des habitants à chercher une situation économique plus favorable, et ainsi espérer des perspectives plus stables. Notons aussi le cas des personnes qui sont obligées de prendre la fuite, ceux victimes de trafic humain et pour qui la fuite s'impose, ou bien ceux pour qui leur vie et celle de leur famille est menacée¹⁵. Le témoignage d'une femme, enregistré dans un Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecin du Monde, une Organisation Non Gouvernementale (ONG) médicale de solidarité internationale, explique les raisons de leur départ précipité du pays d'origine : « *Un homme est rentré chez moi, il m'a collé une arme sur la tempe devant mes enfants. Il m'a dit que s'il ne trouvait pas mon mari, il reviendrait pour me tuer. Quand mon mari est rentré, nous avons pris la fuite. Nous avons tout laissé derrière nous* », (CASO de Metz, 2017)¹⁶.

Également, les personnes peuvent chercher à fuir leur pays d'origine dû aux circonstances géopolitiques, aux régimes totalitaires, ou bien aux menaces religieuses, ayant pour conséquence des conflits, allant des rivalités ethniques aux guerres civiles, en passant par les attaques terroristes fréquentes. A ce propos, selon une enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)¹⁷ réalisé en 2018, 36.8% des immigrants viennent d'Afrique, comme le précise le tableau suivant.

Origine géographique des immigrants arrivés en France en 2017

Continent d'origine	Afrique	Europe	Asie	Amérique, Océanie	Total
Population	96 300	91 700	45 700	28 000	261 700
Part (en%)	36.8	35.0	17.5	10.7	100.0

Source : INSEE, enquête annuelle de recensement, 2018.

¹⁵ <https://www.lacimade.org/faq/pourquoi-migre-t-on/> [visité le 13 février 2020]

¹⁶ Rapport de médecins du monde, 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, p.45. [visité le 15 janvier 2020].

¹⁷ INSEE, enquête annuelle de recensement de 2018.

Cependant, c'est pratiquement la moitié des pays d'Afrique qui est en situation de guerre, et plus de deux tiers qui sont potentiellement des zones dangereuses¹⁸. Parmi ces zones figurent le Maroc et l'Algérie, deux pays qui ont des zones à risque, surtout à leurs frontières. Or, selon l'étude de l'INSEE à nouveau¹⁹, c'est respectivement 22 500 et 19 900 personnes qui fuient le Maroc et l'Algérie, soit 8.6% et 7.6% de la totalité des immigrés en France, ce qui représente les deux pays desquels la France reçoit le plus d'immigrés. Il est donc important de prendre conscience qu'une large partie des immigrés ont fui leur pays du fait des guerres, des conflits armés, et du malaise social que cela peut engendrer. D'ailleurs, certains de ces immigrés ont déjà un état de santé mentale ou physique dégradé lorsqu'ils partent de leur pays, dû à des blessures de guerres ou des événements traumatisants par exemple, ce qui va venir accroître leur besoin en soin une fois sur le territoire français. Ce contexte particulier lié aux guerres et aux conflits va donc pousser certains habitants à migrer, pour trouver un pays qui leur offre une plus grande sécurité²⁰.

Parmi les causes de départ des immigrés irréguliers, il y a ceux qui partent de leur pays dû aux modifications ou catastrophes climatiques, provoquées ou non par l'homme. Qu'il s'agisse d'une montée des eaux, le réchauffement de la planète, qui empêche certaines zones d'être habitées, ou bien la déforestation : ces événements mettent en péril leur existence et conditions de vie et l'on parle alors de réfugié écologique. A ce propos, selon les estimations du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), il y aura plus de 250 millions de réfugiés écologique en 2050, essentiellement pour des raisons climatiques²¹.

Enfin, la santé peut être une fin en soi, en particulier pour les individus qui recherchent une thérapie que leur pays ne propose pas, ou alors qui reviendrait trop cher par rapport aux ressources de la personne concernée, auquel cas ces personnes privilégieront un pays qui leur offre une meilleure protection sanitaire, avec des remboursements plus favorables pour leurs besoins en soins. A ce titre, l'accès au « mieux-vivre » au niveau des infrastructures peut constituer une cause du départ, cherchant un meilleur système d'éducation, ou un meilleur accès aux soins par exemple²².

¹⁸ <https://www.20minutes.fr/monde/1625607-20150607-conflits-monde-carte-zones-dangereuses> [visité le 3 mars 2020].

¹⁹ Insee, enquête annuelle de recensement de 2018.

²⁰ <https://journals.openedition.org/amades/269> [visité le 17 janvier 2020].

²¹ <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/sont-vraiment-refugies-climatiques-2019-12-09-1201065344> [visité le 7 avril 2020].

²² http://www.psmigrants.org/site/wp-content/uploads/2017/02/ada_fiches_horsjeu_web-1.pdf [visité le 16 mai 2020].

On constate donc que la cause du départ peut être multiple. Il est d'ailleurs fréquent que les fondements de l'immigration soient multifactoriels, notamment pour les personnes issues de l'immigration clandestine, lorsqu'elles rencontrent à la fois des problèmes socio-économiques, font face à des guerres et à des situations de forte insécurité.

2. *Le trajet jusqu'au pays d'accueil : un réel parcours du combattant*

Il convient de distinguer les immigrés légaux de ceux qui voyagent de manière clandestine, car ils ne bénéficient pas des mêmes conditions de voyage - qui ont un lourd impact physique et psychologique sur les immigrés lorsqu'elles sont défavorables.

Effectivement, alors que le départ du pays d'origine se fait souvent dans de mauvaises conditions, dues aux différents contextes qui poussent les personnes à partir ou à fuir, le trajet des immigrés clandestins pour arriver jusqu'au pays souhaité peut aussi présenter de graves dangers pour leur santé. Si le parcours de chacun des immigrés clandestins est unique, des difficultés communes sont discernables au travers les différents témoignages et récits.

Tout d'abord, la première difficulté qui peut survenir pour les immigrés qui ont le courage, la santé et l'argent pour oser l'exil, consiste en la traversée des frontières de leur pays d'origine, ainsi que les futures frontières des pays qu'ils auront à traverser, notamment pour les pays en situation de guerre, et n'offrant souvent aucune garantie de protection juridique, sociale ou économique, ce qui est relativement courant en Afrique. C'est ainsi que des milliers d'immigrés ne parviennent jamais à atteindre le pays souhaité, car ils se retrouvent bloqués aux frontières, ou bien sont arrêtés par les autorités. Ces derniers sont soit refoulés vers leur pays de départ, soit détenus en prison ou dans des camps où ils sont maltraités et battus, tandis que les autres sont simplement abandonnés dans le désert²³.

Vient ensuite l'étape du passeur, qui est la personne aidant à donner aux immigrés des faux papiers, ou bien qui leur fait traverser les mers ou les déserts afin d'atteindre l'Europe, et accéder à des pays qui leur garantissent, en théorie, davantage de ressources et de droits. Ce service se fait souvent contre une somme d'argent relativement élevée, au vu des ressources des immigrés. Ce prix varie beaucoup, mais il ressort des multiples témoignages que ce prix atteint en moyenne entre 2 000 et 3 000 euros par personne²⁴.

²³ <https://www.lacimade.org/nos-actions/europe-et-international/defense-des-droits-des-migrants-dans-les-pays-de-depart-et-de-transit/> [visité le 14 février 2020].

²⁴ https://www.liberation.fr/societe/2015/06/17/de-la-syrie-a-paris_1331909 [visité le 16 avril 2020].

Cependant, la plupart des passeurs savent qu'ils ont une position de supériorité face aux immigrés qui viennent demander de l'aide. De ce fait, beaucoup de passeurs vont exploiter ces personnes clandestines et vont devenir de véritables « trafiquants d'êtres humains », un trafic qui se développe autant que le nombre d'exilés augmente et qui génère des millions de dollars²⁵. Torture, abus sexuel, ou trafic de drogue, la liste est longue des méfaits illégaux qui peuvent être demandés ou infligés aux immigrés qui veulent atteindre l'Europe. De plus, le passage à proprement parler, mené ou pas par le passeur, se fait dans des conditions extrêmement mauvaises. Dans le coffre d'un camion, dans une cale, entassée et sans pouvoir bouger, sans voir le jour pendant des semaines et ayant à peine de quoi se nourrir, ces conditions extrêmes impactent grandement les immigrés clandestins²⁶.

Durant tout ce périple, beaucoup d'immigrés clandestins meurent, que ce soit à cause de l'épuisement ou de la faim. Finalement, entre 1988 et 2013, le nombre d'immigrés morts aux frontières de l'Europe s'élève à 19 144, dont 8 479 disparus en mer. D'ailleurs, au cours de l'année 2017, c'est plus de 3 000 morts ou disparitions d'immigrés qui ont été répertoriées en Méditerranée. Effectivement, si ce nombre est aussi important, c'est parce que la grande majorité des immigrés tente d'atteindre les pays de l'Europe par la mer²⁷. Les conditions de traversée sont souvent tout autant déplorables que le reste de leur exil, où les immigrés sont souvent amoncelés par centaine et à peine nourris pendant tout le trajet. Cependant, en cas d'accident ou d'imprévu, il arrive régulièrement que bon nombre des immigrés finissent noyés. Ces accidents, souvent médiatisés, témoignent des risques et de la difficulté que rencontre chaque immigré en exil.

Voici, pour résumer la difficulté et le traumatisme lié au trajet des immigrés clandestins, un témoignage d'une jeune personne qui a pu être questionnée au cours d'une veille sanitaire de Paris, en 2017 : *« Ça fait à peu près trois ans que je suis parti de Somalie. Et là, je t'avoue que ça devient dur. Je commence à fatiguer. [...] J'ai passé un mois en Éthiopie, quatre mois au Soudan [...]. Comme tout le monde je suis passé par la Libye. On m'a kidnappé et je suis resté emprisonné huit mois, on était entassé à 300 dans un hangar, souvent plusieurs jours sans manger. Les Libyens ont demandé 10 000 dollars à ma famille pour me libérer. Évidemment on n'avait pas cette somme. Personne n'a une telle somme, donc ils tuent arbitrairement une dizaine de personnes par jour, car il faut faire de la place pour les nouveaux venus. Certains*

²⁵ <https://projects.voanews.com/adrift-african-diaspora/french/#part-4> [visité le 16 avril 2020].

²⁶ https://www.lexpress.fr/actualite/societe/migrants-le-rapport-alarant-sur-les-filieres-de-passeurs_2038056.html [visité le 13 avril 2020].

sont abattus, certains sont vendus, [...] moi, j'ai eu la chance d'être relâché. Après, il y a eu la traversée. Tout est allé très vite, énormément de monde essayait de monter dans un tout petit bateau pneumatique. Certains sont tombés à l'eau avant même que le bateau soit lancé. Puis, la traversée a commencé. On a foncé tout droit dans la nuit, jusqu'à atteindre les eaux internationales tous accrochés les uns aux autres en priant que le bateau ne se renverse pas... Au bout de quelques heures un bateau italien nous a repêchés. J'ai alors pensé que nous étions sauvés, que ça y est, j'allais m'en sortir. Je n'aurais pas imaginé deux ans après me retrouver sous un pont porte de la Chapelle²⁸ ».

Selon une étude, réalisée entre octobre 2015 et avril 2016, portée sur les données amassées dans des structures hébergeant de personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois²⁹, le parcours migratoire peut amplement varier selon les différentes personnes, comme on peut le constater grâce au tableau suivant :

Caractéristiques de la population étudiée lors des bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 auprès de migrants volontaires dans des centres d'hébergement franciliens dédiés

		n	%
Pays d'origine	Soudan	294	39,9
	Afghanistan	235	31,9
	Érythrée	88	12,0
	Autre	119	16,2
Sexe	Hommes	716	97,4
Âge en années	Médiane [IIQ1-IIQ3]	27 [25-31]	
	18 ans ou moins	60	8,9
Âge au départ en années	19-24 ans	346	51,3
	25-34 ans	213	31,6
	35 ans ou plus	56	8,3
	Médiane [IIQ1-IIQ3]	1,1 [0,3-2,2]	
Durée de migration en années	Moyenne	3,3	
Nombre de pays parcourus	Médiane [IIQ1-IIQ3]	0,5 [0,3-0,7]	

Source : Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, p. 384. Disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf [visité le 29 avril 2020].

²⁸ <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>, p.86.

²⁹ Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, p. 383. Disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf [visité le 29 avril 2020].

La population interrogée était majoritairement masculine, à hauteur de 97.4%, et était âgée en moyenne de 27 ans, provenant de diverses origines. Le parcours migratoire, en moyenne, a duré un peu plus d'une année, même si, pour un tiers d'entre eux selon l'étude, ce trajet aura duré seulement quelques mois, tandis qu'il aura duré plusieurs années pour 13% des immigrés. Le nombre de pays traversés aura été en moyenne de plus de 3, un chiffre variable surtout aussi selon l'origine des individus. Une fois arrivé en France, la durée du séjour avant hébergement a été en moyenne de 6 mois, ce qui laisse comprendre que les nouveaux immigrés sur le territoire ne pourront pas être logés, à proprement parler, durant les premiers mois de leur arrivée, mais devront dormir soit dans des camps, soit dans des squats.

Ainsi, le parcours migratoire des immigrés - surtout ceux qui se déplacent sans papiers donc clandestinement -, est un trajet qui ne laisse pas indemne. Violence, abus, situations traumatisantes, c'est ce qui ressort des différents témoignages des individus qui sont parvenus jusqu'en Europe. De plus, l'immigration, par nature, peut être mal vécue, car cela représente une forme de déracinement vis-à-vis de leur pays d'origine, de leur culture, de leurs proches. L'émigration va donc être ressentie, pour la plupart, comme un véritable sacrifice. Ainsi, tant le départ que le trajet des différents immigrés créent d'office un état de santé largement dégradé comparé au reste de la population, et donc un besoin sanitaire accru une fois arrivés sur le territoire.

B. Le cas particulier des demandeurs d’asile et de la procédure Dublin : un mécanisme de responsabilité étatique sujet à débat

Il est intéressant de faire un point sur le cas des demandeurs d’asile (1) et notamment de la procédure Dublin (2), deux procédés pouvant freiner voire empêcher l’accès aux soins des immigrants irréguliers.

1. Le cas spécifique des demandeurs d’asile : une situation instable et une réelle difficulté d’accès aux soins

a. Définition, historique et régime juridique du droit d’asile

Le droit d’asile en France est, selon Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), « *la protection qu'accorde un État d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de celle des autorités de son pays d'origine*³⁰ ». Ce droit permet soit de reconnaître le statut de réfugié, soit de pouvoir bénéficier de la protection subsidiaire. Ce droit d’asile se distingue du droit à l’immigration, car les demandeurs d’asile relèvent d’une protection spécifique³¹.

Le droit d’asile trouve ses origines dans plusieurs textes, aussi bien nationaux qu’europeens. Sur le plan national, le droit d’asile découle avant tout du préambule de la Constitution, datant du 27 octobre 1946. A l’article 4, il est décrété que : « *Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République*³² ». D’ailleurs, ce principe a été consacré par le Conseil Constitutionnel, dans une décision du 13 août 1993 : « *Considérant que le respect du droit d'asile, principe de valeur constitutionnelle, implique d'une manière générale que l'étranger qui se réclame de ce droit soit autorisé à demeurer provisoirement sur le territoire jusqu'à ce qu'il ait été statué sur sa demande*³³ ». Cette décision vient donc préciser le principe constitutionnel en y ajoutant que chaque demandeur d’asile a le droit de demeurer sur le territoire durant toute la durée de la procédure. Plusieurs lois depuis sont venues apporter des modifications au droit d’asile,

³⁰ <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-asile> [visité le 14 avril 2020].

³¹ Comede, rapport sur les migrants et étrangers en situation précaire / Soins et Accompagnement, édition de 2015, disponible sur le site suivant : http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf [visité le 12 mars 2020].

³² <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946> [visité le 30 mars 2020].

³³ Cons. Const., décision n° 93-325 DC, 13 août 1993, *Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France*.

inscrites au Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA). Chacune de ces lois tendent vers une protection élargie, un examen impartial et dans les plus brefs délais de la demande d'asile, un droit au maintien sur le territoire ainsi qu'à des conditions d'accueil dignes pendant toute la durée de l'examen³⁴.

Sur le plan européen, le droit d'asile résulte principalement de la convention de Genève sur les réfugiés du 28 juillet 1951, qui dispose à l'article 14 que : « *Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays* »³⁵. Également, au niveau du droit de l'Union Européenne, plusieurs règlements et directives ont complété le droit d'asile. Le règlement du 26 juin 2013, par exemple, établit les critères et mécanismes de détermination de l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale. C'est ce texte qui sera à l'origine de la procédure Dublin. Parmi les directives, deux directives du 26 juin 2013 sont notables, car elles portent sur les procédures et les normes d'accueil des personnes qui demandent la protection internationale³⁶.

b. Un point sur la situation actuelle

En France, selon l'OFPPRA, le nombre de demandeurs d'asile s'élevait à 123 625, en 2018³⁷, ce qui constitue une hausse de 22% par rapport à 2017 et semble en constante évolution, comme nous pouvons voir sur le tableau suivant :

	2015	2016	2017	2018	2019 Provisoire	2018/ 2019
Premières demandes hors mineurs accompagnants	59 335	63 935	73 802	92 338	101 762	+ 10,2 %
Mineurs accompagnants	15 133	14 436	19 428	21 888	21 768	- 0,5 %
Total des premières demandes	74 468	78 371	93 230	114 226	123 530	+ 8,1 %
Réexamens*	5 607	7 355	7 525	9 399	9 084	- 3,4 %
Total des demandes	80 075	85 726	100 755	123 625	132 614	+ 7,3 %

Sources : OFPPRA ; CNDA

³⁴ <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-droit-d-asile/Les-grands-principes-du-droit-d-asile> [visité le 20 février 2020].

³⁵ <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> [visité le 3 mai 2020].

³⁶ <https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile> [visité le 14 mars 2020].

³⁷ <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>, dont le tableau est visible sur le site suivant : file:///C:/Users/cecil/Downloads/EM_2020-46_Demandes_d_asile_publication_du_21_janvier_2020.pdf [visité le 12 mars 2020].

Notons que, pour 2018, le nombre total de demandes d'asile se décompose comme suit : 92 338 personnes ont fait leur première demande d'asile ; 21 888 personnes sont des mineurs accompagnants, c'est-à-dire des enfants présents sur le territoire français à la date d'enregistrement en préfecture de la demande d'asile du parent³⁸. Au total, c'est 114 226 demandes d'asile qui sont faites pour la première fois en 2018. Les demandeurs d'asiles qui font pour la première fois cette demande sont appelés les primo demandeurs d'asile. Enfin, il faut comptabiliser 9 399 demandes, qui correspondent à des réexamens de demandes initialement rejetées. En 2018 toujours, l'OFPRA a autorisé l'asile à 36 512 personnes, hors mineurs accompagnants, tandis que ceux qui se sont vus attribuer la protection subsidiaire s'élèvent à 13 109 personnes. Ces chiffres prennent en compte les recours qui ont abouti auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Toujours en enlevant les mineurs accompagnants, c'est à peu près un tiers des demandeurs dont la demande d'asile est acceptée, et sont donc considérés comme réfugiés, tandis que c'est un peu moins de 15% des demandeurs qui obtiennent la protection subsidiaire.

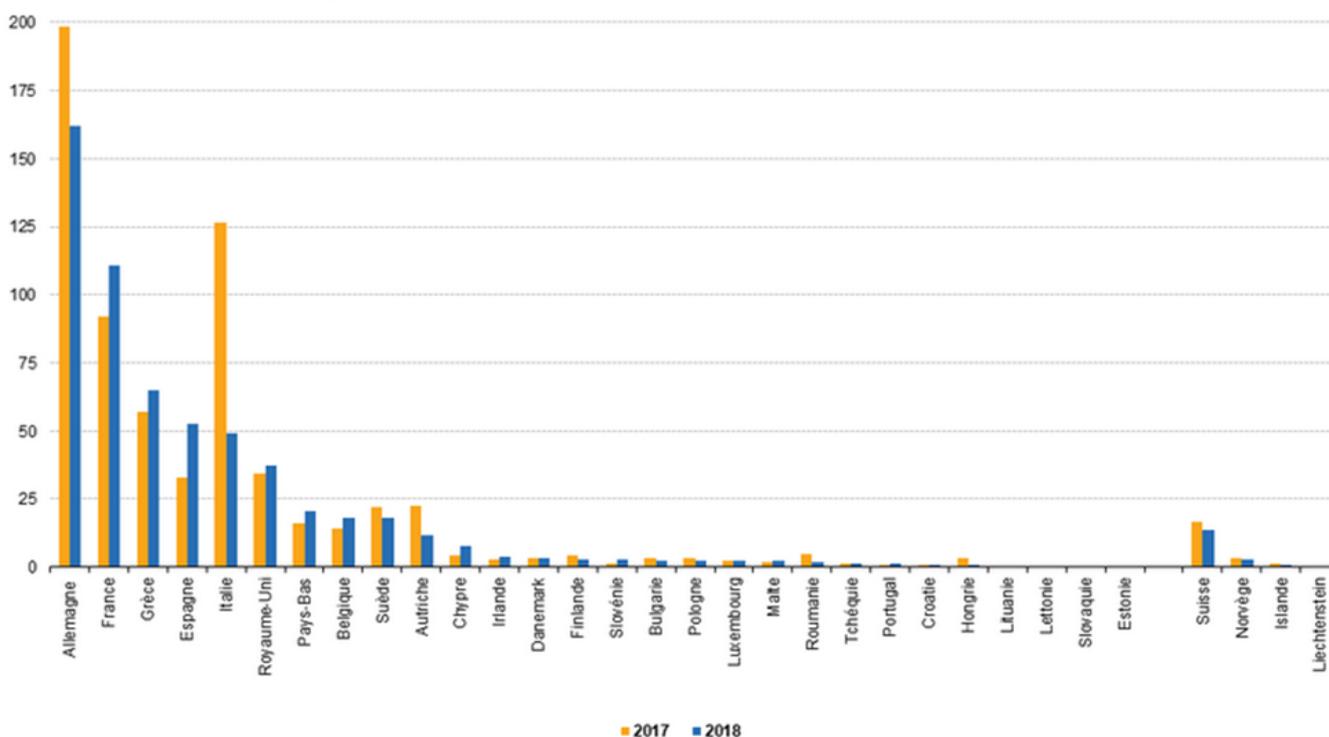
Les principales origines des demandeurs d'asile, en 2018, sont l'Afghanistan, avec un total de 10 221 demandes, puis vient l'Albanie, avec 8 261 demandes. La Géorgie est la troisième origine la plus répandue avec 6 717 demandes, et enfin, c'est la Guinée, avec 6 621 demandes, qui est en quatrième place. Finalement, c'est quatre demandeurs sur dix qui sont originaires d'Afrique³⁹.

³⁸ <https://www.ofpra.gouv.fr/glossaire?lettre=M> [visité le 12 mars 2020].

³⁹ https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/02/06/en-2018-pres-de-la-moitie-des-demandeurs-d-asile-en-france-sont-venus-d-afrique_5420197_3212.html [visité le 24 mars 2020].

Au sein de l'Union Européenne, les politiques d'accueil des pays varient fortement. Le graphique suivant montre les pays qui reçoivent le plus de demandeurs d'asile :

Nombre de demandeurs d'asile (ressortissants de pays tiers) dans les États membres de l'UE-28, 2017 et 2018
(en milliers de primo-demandeurs d'asile)



Source: Eurostat (code des données en ligne: migr_asyapctza)

Au niveau de l'Union Européenne, l'Allemagne est le pays qui accueille le plus de demandeurs d'asile, avec 162 000 demandeurs enregistrés en 2018, soit 28% de l'ensemble des demandeurs d'asile dans l'Union Européenne. Puis vient la France, avec un peu plus de 110 000 premières demandes, représentant 19% de l'ensemble des demandes d'asiles en UE. Suivent ensuite la Grèce, l'Espagne et l'Italie, avec respectivement, en 2018, 65 000, 52 000 et 48 000 demandes⁴⁰.

⁴⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.E2.80.99asile:_chute_en_2018 [visité le 13 avril 2020].

c. Le statut de réfugié et la protection subsidiaire : un accès aux soins compliqué

Le droit d'asile concerne donc uniquement les immigrants irréguliers, car ceux qui sont réguliers ont le droit de bénéficier d'un titre de séjour, qui leur permet de rester de manière légale sur le territoire. Les raisons justifiant l'obtention d'un titre de séjour sont multiples : familiales, lorsque la personne, entre autres, épouse un(e) français(e), ou bien lorsque la personne est parent d'un enfant français. Existente également les raisons professionnelles, si l'étranger est venu en France pour travailler comme salarié ou pour faire ses études⁴¹.

Cependant, la persécution, la pauvreté, les conflits armés et les autres raisons vues précédemment, qui poussent certaines personnes à fuir leur pays, ne sont pas des causes qui justifient l'obtention d'une carte de séjour. Le seul moyen pour ces étrangers en situation irrégulière de régulariser leur situation est de devenir demandeur d'asile. En effet, cette procédure va permettre, à l'issue de la procédure menée par l'OFPRA, d'accorder à son demandeur soit le statut de réfugié, soit la protection subsidiaire, si la personne ne remplit les conditions pour être réfugié. Enfin, si la personne n'est pas éligible pour bénéficier de la protection subsidiaire, alors sa demande d'asile est rejetée⁴². A noter que, durant toute la procédure de demande d'asile, la personne profite d'un statut particulier qui lui donne droit au maintien sur le territoire pendant la durée de la procédure d'asile, tel que précisé par le Conseil Constitutionnel, dans sa décision du 13 août 1993 précitée. En principe, l'OFPRA rend sa décision dans un délai de 6 mois⁴³, qui peut être prolongé de 9 mois si la situation du demandeur est particulièrement complexe ou si un grand nombre de demandeurs d'asile sont arrivés en France en même temps. Puis le délai peut encore être rallongé de 3 autres mois lorsque l'examen de la demande le nécessite⁴⁴.

Dans le cas où l'OFPRA rejette la demande d'asile et si la personne concernée n'a pas formé de recours ou si la CNDA a rejeté le recours, alors l'immigré perd le droit de se maintenir sur le territoire. Il recevra une notification de refus de séjour accompagnée d'une obligation de

⁴¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2209> [visité le 16 mars 2020].

⁴² <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/La-decision-de-rejet-de-l-OFPRA-ou-de-la-CNDA> [visité le 29 mars 2020].

⁴³ <http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/la-procedure/> [visité le 1^{er} avril 2020].

⁴⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15376>, op.cit.

quitter le territoire français (OQTF). La personne doit alors quitter le territoire français sous un certain délai qui est, par principe, d'une durée de 1 mois⁴⁵.

Ainsi, le statut de réfugié, accordé par l'OFPRA, est défini par la convention de Genève du 28 juillet 1951 comme suit : « *Le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels évènements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner*⁴⁶ ». Ce statut permet d'accorder plusieurs droits et bénéfices à son titulaire. Avant toute chose, le réfugié, ainsi que sa famille proche, se voient remettre une carte de résident d'une validité de 10 ans, renouvelable de plein droit, leur permettant de séjourner de manière régulière sur le territoire. Cette carte de résident permet également d'exercer une activité professionnelle, salariée ou non, ou bien de s'inscrire à Pôle Emploi. Cependant, certains emplois de la fonction publique ne sont pas accessibles pour les réfugiés⁴⁷. Le fait que les réfugiés aient accès au marché du travail leur donne le droit, naturellement, de bénéficier d'un régime de la sécurité sociale, pour couvrir leurs dépenses en soins. De même, les réfugiés pourront disposer de certains droits sociaux et de certains dispositifs d'accompagnement, en application du code du travail, du code de la sécurité sociale, du code de l'action sociale et des familles et/ou du code de la construction et de l'habitation. Les réfugiés ont aussi le droit de demander la réunification familiale, afin que leur famille proche puisse les rejoindre en France⁴⁸.

Concernant la protection subsidiaire, elle est accordée par l'OFPRA à toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié, mais qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou, s'agissant d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée

⁴⁵ <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/Le-retour-aide-dans-le-pays-d-origine>, op.cit.

⁴⁶ Convention de Genève relative au statut des réfugiés, 28 juillet 1951, disponible sur le site suivant : https://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=CV_GENEVE_28071951 [visité le 16 mars 2020].

⁴⁷ https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/livret_daccueil_refugies_decembre2019.pdf [visité le 13 avril 2020].

⁴⁸ <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/protection-etat-civil/droits-et-obligations-des-protéges> [visité le 2 avril 2020].

résultant d'une situation de conflit armé interne ou international, tel que défini dans le CESEDA, à l'article L712-1⁴⁹.

Cette protection subsidiaire a été introduite par la loi du 20 novembre 2003 et permet à son bénéficiaire, ainsi qu'à sa famille proche, de recevoir une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans, elle aussi renouvelable. Cette carte, tout comme la carte de résident accordée aux réfugiés, permet d'exercer une activité professionnelle (et ainsi pouvoir être rattaché à un régime de la sécurité sociale) et de disposer de certains droits sociaux, ainsi que le droit, pour leur proche, de rejoindre la personne en France au titre de la réunification familiale⁵⁰.

Ainsi, en théorie, les réfugiés et ceux qui bénéficient de la protection subsidiaire ont un accès similaire aux soins par rapport au reste de la population étant donné qu'ils ont la possibilité de travailler et donc de cotiser, afin d'être rattaché à une caisse de sécurité sociale pour rembourser leurs dépenses de soins.

Ce n'est pas le cas de ceux qui sont en procédure de demande d'asile. En effet, même s'ils sont considérés être en séjour régulier, ces personnes ne sont pas autorisées à travailler durant les 6 premiers mois qui suivent l'enregistrement de la demande par l'OFPPRA et donc ne peuvent pas être pris en charge par un régime de la sécurité sociale pour le remboursement de leurs dépenses en soins⁵¹.

Néanmoins, il existe des dispositifs pour ces personnes pour avoir une forme de sécurité vis-à-vis de leurs besoins et dépenses en soins, ainsi que de leur condition de vie, et feront l'objet d'une étude plus approfondie au cours de ce travail.

Avant tout, il existe la Protection Universelle Maladie (PUMA), qui garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Pour bénéficier de la PUMA, il faut résider en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois⁵². Ainsi, pour les demandeurs d'asile qui remplissent les conditions demandées, ils peuvent avoir recours à la PUMA pour voir leurs dépenses en soins remboursés.

⁴⁹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000030954142&cidTexte=LEGITE XT000006070158&dateTexte=20150731> [visité le 16 avril 2020].

⁵⁰ <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/la-protection-subsidiaire> [visité le 14 avril 2020].

⁵¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2741>, op.cit.

⁵² <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie> [visité le 31 mars 2020].

Pour ce qui est du cas des demandeurs d'asile qui sont en France depuis moins de 3 mois et donc qui ne peuvent bénéficier de la PUMA, il existe les soins d'urgence. Ces soins prennent en compte :

- Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître
- Les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité
- Tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, comprenant les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, ainsi que l'accouchement
- Les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)⁵³

Ces actes sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie, qu'ils soient pratiqués dans un établissement de santé, dans des associations, ou bien auprès des services de protection maternelle et infantile (PMI) pour tout ce qui touche la femme enceinte et le nouveau-né⁵⁴.

De plus, tout au long de la demande d'asile, les personnes concernées peuvent bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé et qui remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) depuis le 1^{er} novembre 2019. Elle est attribuée sous conditions de ressources uniquement pour les demandeurs d'asile. En effet, pour les personnes qui ont le statut de demandeur d'asile, la condition de résidence qui est de 3 mois normalement, n'est pas applicable pour eux⁵⁵.

Également, les demandeurs d'asile, durant toute la procédure menée par l'OFPPRA, auront le droit d'être logé dans un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), où ils seront logés, nourris, et peuvent aussi se voir verser une Allocation Mensuelle de Subsistance (AMS)⁵⁶.

⁵³ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile> [visité le 15 avril 2020].

⁵⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32454> [visité le 18 avril 2020].

⁵⁵ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027> [visité le 18 avril 2020].

⁵⁶ <https://www.gisti.org/spip.php?article5153> [visité le 13 avril 2020].

A noter que lorsque la demande d'asile est rejetée par l'OFPRA, la personne peut toujours bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité. Cette protection est maintenue pendant six mois à compter de la date de rejet de la demande d'asile, tant que la personne continue de résider sur le territoire français⁵⁷.

On constate donc que l'accès aux soins des demandeurs d'asile est limité, de par leurs droits qui sont restreints, et par le fait qu'ils ne peuvent pas travailler, les empêchant d'accéder au régime général. Ce constat n'est pas favorable étant donné leur état de santé déjà dégradé dès l'arrivée sur le territoire, dû aux conditions de départ et de voyage jusqu'au pays d'accueil.

De plus, les demandeurs d'asile qui sont en France depuis moins de 3 mois ne peuvent bénéficier que des soins urgents. Cela implique que, pour les soins plus légers, les soins de « tous les jours », ces personnes ne peuvent pas en bénéficier, aggravant ainsi leur état de santé.

2. *La procédure Dublin*

a. Les principes instaurés par le règlement de 2013 : la responsabilité étatique des demandeurs d'asile

A présent, la procédure Dublin III peut impacter la santé des personnes concernées. Remplaçant la procédure Dublin II, la procédure Dublin III, provenant initialement du Parlement européen et du Conseil européen, est un règlement datant du 26 juin 2013 et s'applique à tous les États membres de l'Union Européenne ainsi que le Royaume-Uni, la Suisse, la Norvège, l'Islande, et le Liechtenstein.

Cette procédure intervient lorsqu'une personne demande l'asile dans un pays de l'UE, mais, selon certains critères, relève de la responsabilité d'un autre pays membre et devra donc être renvoyée vers cet Etat, qui sera donc responsable de sa demande d'asile⁵⁸. Cette procédure concerne également les personnes présentes en France et qui réclament l'asile dans un autre pays européen. Cela arrive lorsque ces personnes souhaitent rejoindre un autre membre de leur famille situé dans un autre pays de l'UE. Enfin, la procédure Dublin III peut aussi concerner les personnes en situation irrégulière dans un pays de l'UE et qui ont déjà fait une demande d'asile dans un autre Etat de l'UE : elles sont donc sous la responsabilité de ce dernier. Ce règlement repose sur le principe qu'un seul Etat peut être responsable d'une demande d'asile.

⁵⁷ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>, op.cit.

⁵⁸ <http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/la-procedure/>, op.cit.

En revanche, la procédure Dublin III ne s'applique pas pour les personnes demandant l'asile dans un pays de l'UE, mais bénéficiant déjà du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire dans un autre Etat de l'UE. Dans ce cas, la demande d'asile suit la procédure normale auprès de l'OFPRA. Si celle-ci est acceptée, les personnes peuvent rester dans ce nouveau pays, mais si leur demande est refusée, elles doivent retourner dans le pays dans lequel elles ont la protection internationale⁵⁹.

Pour déterminer le pays responsable de la demande d'asile, le règlement répertorie de nombreuses situations pour connaître le pays qui doit prendre en charge la demande. Selon les articles 9 et 10 du règlement par exemple, le pays responsable est celui où se trouve déjà un membre de la famille du demandeur d'asile, qui bénéficie soit d'une protection internationale, soit qui est déjà en demande d'asile. L'article 12, à l'alinéa 1 et 2, prévoit que le pays responsable est celui qui a délivré un titre de séjour valable, ou bien un visa en cours de validité (si le titre de séjour ou le visa ont expiré depuis respectivement plus de 2 ans ou plus de 6 mois, alors c'est l'Etat requérant qui est responsable, selon l'alinéa 4 de l'article 12). A l'article 13, alinéa 1, il est prévu que l'Etat responsable est celui dont le demandeur a franchi irrégulièrement ses frontières, en provenance d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne où l'un des pays concernés par le règlement, cités plus haut. Cette responsabilité prend fin douze mois après la date du franchissement irrégulier de la frontière. Dans ce cas, c'est le dernier Etat où la personne a séjourné plus de 5 mois qui sera dorénavant responsable de la demande d'asile, conformément à l'alinéa de l'article 13⁶⁰.

Par ailleurs, le règlement prévoit un élargissement de la notion de « membre de la famille » à titre exceptionnel selon l'article 16 du règlement, initialement limitée à la famille proche. Les circonstances pouvant justifier cette extension sont lorsque la personne est atteinte d'une maladie grave, ou bien lorsqu'elle a un nouveau-né dont elle doit s'occuper. Ainsi, la personne pourra rester ou aller auprès de sa famille, grâce à cette notion de membre de la famille élargie, et faire sa demande d'asile dans ce pays.

De plus, à son article 17, le règlement prévoit une clause discrétionnaire, selon laquelle un pays peut prendre volontairement la responsabilité d'une demande d'asile, même si cette responsabilité ne lui revient pas, en application des articles du règlement. Dans ce cas, la

⁵⁹ <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/> [visité le 13 avril 2020].

⁶⁰ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604> [visité le 24 avril 2020].

personne ne sera pas transférée vers le pays responsable, mais pourra faire sa demande d'asile dans le pays l'ayant acceptée⁶¹.

A noter que le règlement prévoit une hiérarchie dans ses articles, en plaçant le critère de la famille avant tout. Ainsi, si plusieurs situations concernent la personne en question, alors c'est le regroupement familial qui est privilégié⁶².

La procédure concernant le transfert d'un « dubliné », terme utilisé pour décrire une personne qui est sous la responsabilité d'un autre Etat en ce qui concerne la demande de protection internationale, se déroule en trois étapes, définies à l'article 21 et 22 du règlement. La première correspond à la saisine par le préfet de l'Etat qu'il estime responsable, dès la demande d'asile de la personne⁶³. Le délai maximal accordé à cette étape est de 3 mois (2 mois à partir d'un signalement EURODAC). Si ce délai n'est pas respecté, alors c'est la France qui est dorénavant responsable de la demande d'asile de la personne. Vient ensuite en seconde étape la réponse de l'Etat responsable. Ce dernier doit répondre dans un délai de 2 mois maximum (1 semaine en cas d'urgence). Si l'Etat responsable ne répond pas dans le délai imparti, alors son silence vaut acceptation. Enfin, la dernière étape consiste à transférer la personne dans les 6 mois suivant la réponse explicite ou implicite de l'Etat responsable, ou bien à partir de la décision de la justice, s'il y a eu un recours contre la décision de transfert. Ce recours peut être prolongé de 12 mois si le dubliné a été emprisonné, ou de 18 mois en cas de fuite de la personne⁶⁴.

Durant toute la procédure pour transférer le dubliné, le règlement prévoit le droit, pour la personne, d'être maintenue sur le territoire, jusqu'au transfert effectif. Pour cela, il est remis à la personne une attestation de demande d'asile portant la mention « procédure Dublin ». Cette attestation vaut 1 mois, mais peut être renouvelée par période de 4 mois. Cependant, si la personne dublinée n'a pas encore franchi les frontières de la France lors de sa demande d'asile, alors elle n'est pas autorisée à entrer en France et sera placée en zone d'attente⁶⁵.

⁶¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717> [visité le 12 avril 2020].

⁶² <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/>, op. cit.

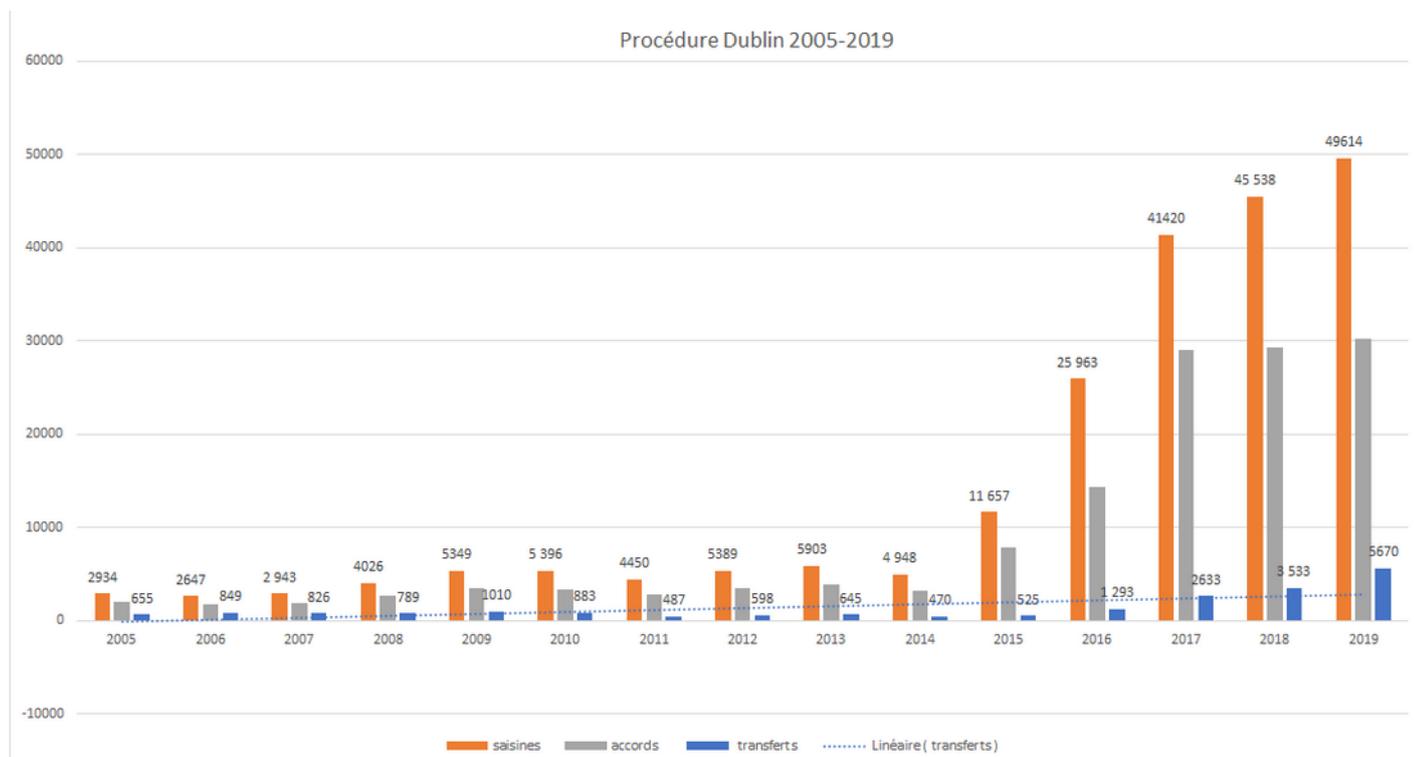
⁶³ <https://www.gisti.org/spip.php?article5153>, op.cit.

⁶⁴ <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/>, op.cit.

⁶⁵ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717>, op.cit.

b. Les dublinés, une catégorie conséquente des demandeurs d’asile

En 2019, c’est au total 49 614 personnes qui ont été dublinées. Ces 49 614 saisines concernent 39 860 adultes et 9 754 mineurs et ont abouti à approximativement 30 000 accords, car certains recours contre cette procédure Dublin ont abouti positivement.

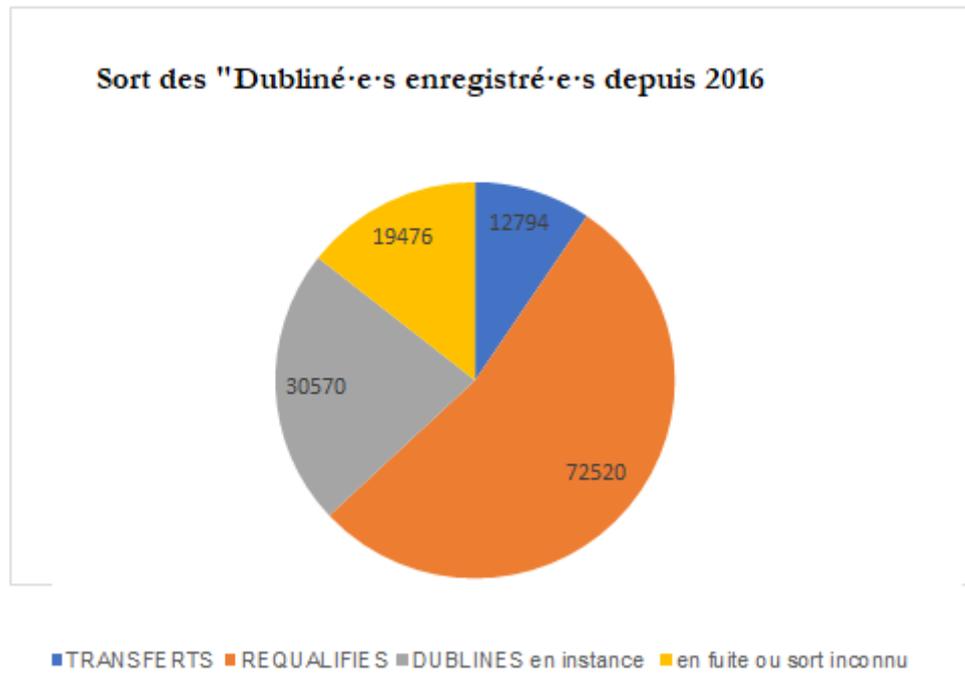


Source : <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/> [visité le 13 avril 2020].

Ces 30 000 accords en 2019 ont conduit à 5670 transferts seulement vers le pays dont ces personnes dépendent. Cela s’explique principalement par le fait que le pays responsable n’est pas très coopérant pour accueillir le dubliné⁶⁶. Effectivement, étant donné que la majorité des demandeurs d’asile sont issus d’Afrique, les points d’entrée dans l’Union Européenne sont fréquemment les mêmes, qui sont l’Italie, la Grèce, l’Espagne, alors que les pays vers lesquels les immigrés souhaitent se rendre sont souvent l’Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède, des Etats où les perspectives sociales et économiques sont théoriquement meilleures. Cela fait donc peser la charge de l’immigration sur les mêmes pays d’entrée.

⁶⁶ <https://www.ouest-france.fr/europe/ue/les-migrants-dublinés-le-point-faible-du-régime-d-asile-en-europe-5867466> [visité le 7 mars 2020].

Dans le cas où le transfert n'a pas lieu à l'issue du délai accordé, c'est la France qui devient responsable de l'examen de la demande d'asile, qui se passera dans les conditions normales d'une demande d'asile, auprès de l'OFPRA. Dans les faits, entre 2016 et 2019, parmi les 135 000 adultes enregistrés qui ont fait l'objet d'une procédure Dublin, seulement 12 794 ont été transférés, tandis que le nombre de « dublinés » requalifiés en procédure d'asile auprès de l'OFPRA s'est élevé à plus de 75 000 cas.



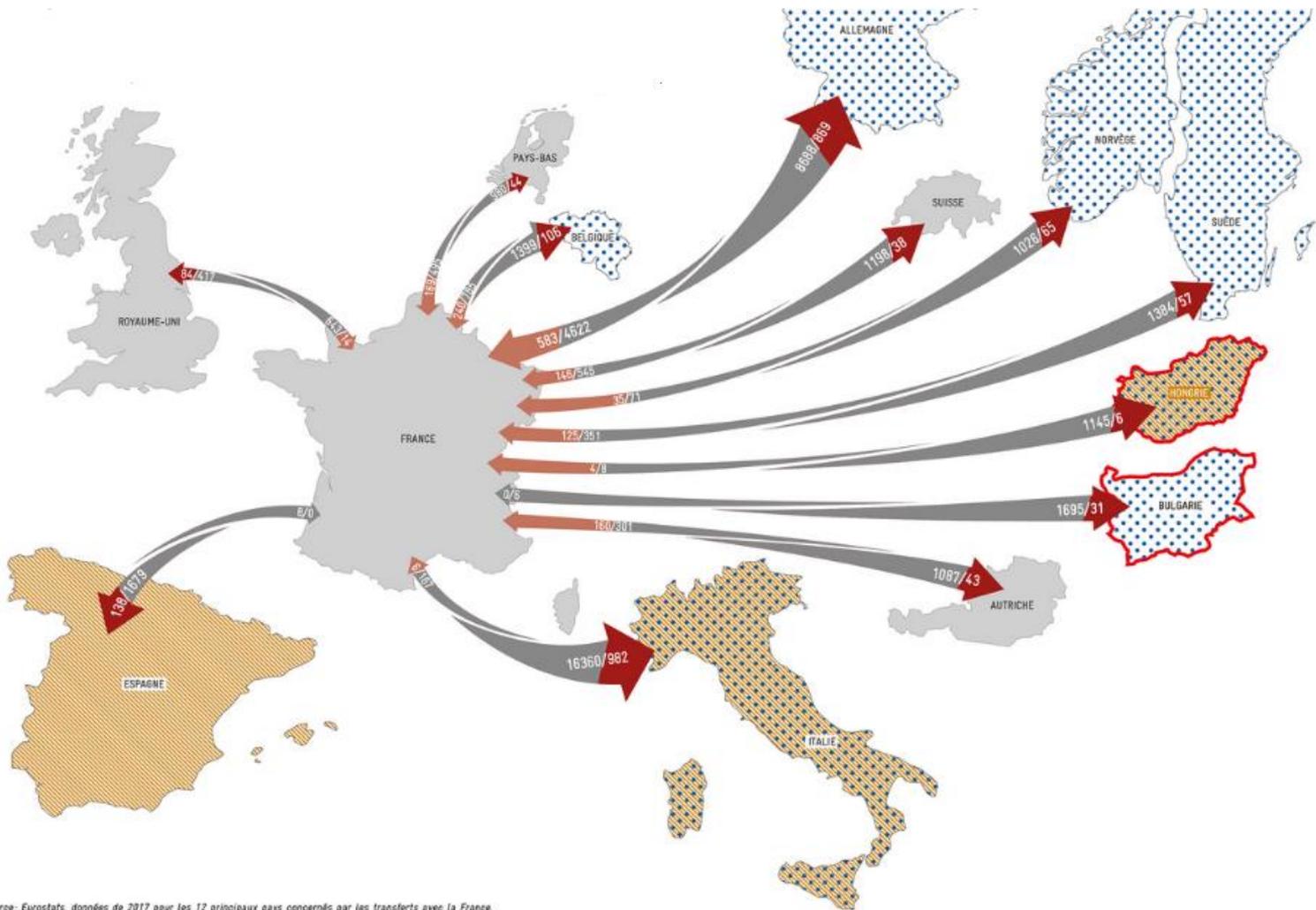
Source : <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/>, op. cit.

A noter une proportion non négligeable de personnes qui sont toujours en procédure Dublin, dû aux délais notablement longs et au fait qu'une proportion de « dublinés » est soit considérée en fuite, soit ayant eu un sort inconnu⁶⁷.

⁶⁷ <https://www.lacimade.org/asile-bilan-de-lasile-en-france-et-en-europe2019/> [visité le 27 avril 2020].

c. Les écueils de la procédure Dublin : un mécanisme largement mis en cause quant au non-respect des droits fondamentaux

De plus, la procédure Dublin est largement critiquée du fait que chaque pays se « renvoie » des dublinés, créant ainsi une forme de balance entre les transferts sortants et les transferts entrants. Se joue alors un jeu à somme nulle entre les différents pays de l'Union Européenne, comme illustré sur le schéma suivant :





Pays visés par une procédure d'infraction de la Commission européenne.

En 2018, les failles dans les systèmes d'asile de la Hongrie et de la Bulgarie ont conduit la Commission européenne à entamer une procédure d'infraction contre ces deux États. Le HCR a appelé à suspendre les renvois de personnes en demande d'asile vers ces deux pays.



Pays condamnés par la Cour européenne des droits de l'Homme.

La Grèce en 2011, l'Espagne et l'Italie en 2014, la Hongrie en 2017 : tous ces États ont été condamnés par la CEDH après avoir violé les droits fondamentaux des personnes en demande d'asile, pour des raisons diverses.



Pays vers lesquels la justice française a annulé des transferts pour protéger les personnes concernées.

Les défaillances en matière de procédure d'asile et de prise en charge des personnes ont conduit à des annulations de transferts vers l'Italie, la Hongrie ou la Bulgarie. Des transferts vers la Norvège, la Finlande, l'Allemagne, la Belgique, l'Italie et la Suède ont été annulés pour éviter des expulsions par ricochet dans le pays d'origine.



Transferts vers la France :

8 demandés et 4 exécutés.

Transferts depuis la France :

980 demandés et 44 exécutés.

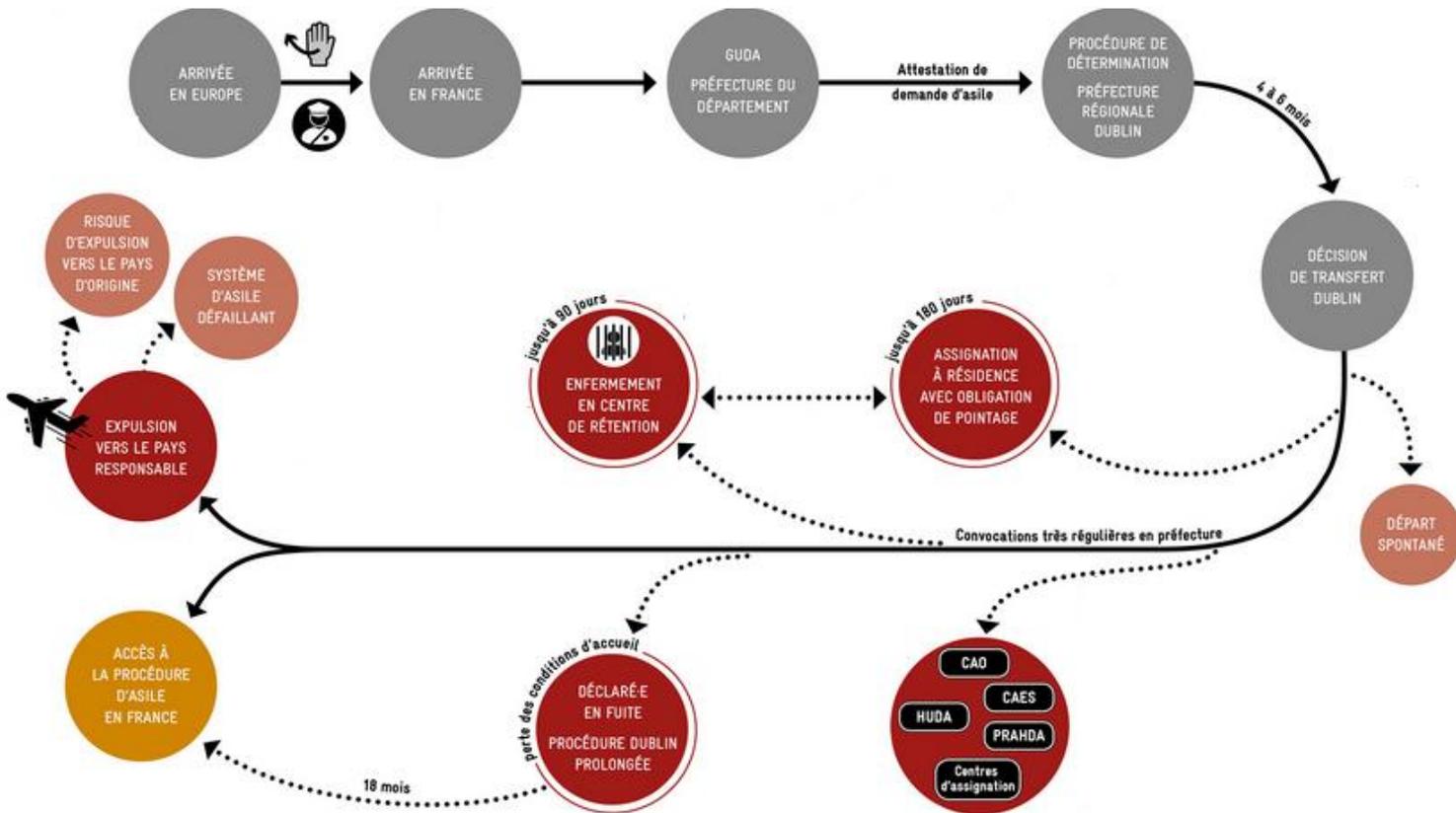
Source : Eurostats, données de 2017 pour les 12 principaux pays concernés par les transferts avec la France, disponible sur le site suivant : <https://www.lacimade.org/publication/reglement-dublin-machine-infernale-asile-europeen/> [visité le 1^{er} mai 2020].

Il est important de faire remarquer que les pays responsables, vers qui sont envoyés les dublinés, ne sont pas toujours respectueux des droits fondamentaux, notamment celles relative à la demande d'asile. C'est pourquoi la France a déjà annulé des transferts avec certains de ces pays, parfois condamnés par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (affiché par des stries jaunes sur le schéma), afin de protéger le dubliné transféré d'être renvoyé dans son pays d'origine, qu'il a originellement fui dû aux différentes causes vues précédemment (persécutions ; conflits armés ; catastrophe naturelle...) ⁶⁸.

Tant que la personne est en procédure Dublin en France, elle a le droit à un certain nombre de droits, équivalents aux droits des demandeurs d'asile (accès aux soins ; allocations pour demandeur d'asile ; scolarisation des enfants...). Toutefois, les dublinés n'ont pas le droit d'être accueillis dans un CADA et devront être hébergés dans d'autres structures. Ces dernières sont les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), en centre d'accueil et d'orientation (CAO) ou en programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (dispositif PRAHDA) ⁶⁹.

⁶⁹ <https://www.gisti.org/spip.php?article5118> [visité le 2 mai 2020].

En ce qui concerne le parcours de la personne dublinée, il est fréquemment qualifié de « course d'obstacles », car, en plus de s'étirer sur plusieurs années parfois, il existe un nombre important de procédures, illustrées sur le schéma suivant :



Source : La Cimade, rapport d'observation sur le règlement Dublin, *La Machine Infernale de l'Asile Européen*, avril 2019, disponible sur le site suivant : https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/04/La_Cimade_Rapport_Dublin_2019.pdf [visité le 3 mai 2020] p.10.

S'il faut garder à l'esprit que ce schéma n'est qu'un exemple, il est néanmoins représentatif de la complexité du parcours d'un dubliné. Une fois les frontières de l'Europe, puis de la France traversées, dans des conditions souvent précaires, les demandeurs d'asile doivent obligatoirement passer par une structure de premier accueil pour demandeur d'asile (SPADA). Cette structure permettra de prendre rendez-vous au guichet unique pour demandeurs d'asile (GUDA), qui introduira la demande d'asile, qui sera par la suite transmise à l'OFPPRA, qui se chargera de l'examen de la demande. C'est au cours du rendez-vous avec le GUDA que les empreintes digitales des demandeurs d'asile seront prises, puis centralisées dans

un fichier européen, tel qu'exigé par un règlement européen, afin de savoir dans quel pays la demande a été initialement présentée pour déterminer le pays responsable de la demande⁷⁰.

d. Le logement des dublinés : une tendance décriée à la rétention et l'assignation à résidence

Les dublinés sont donc théoriquement logés dans différentes structures dédiées durant toute la procédure de transfert, mais, dans les faits, ces structures manquent de place et sont de plus en plus nombreuses à devenir, en surcroît, des centres d'assignation à résidence. Effectivement, les personnes dublinées peuvent être soumises à plusieurs mesures, telles que l'assignation à résidence avec obligation de pointage, ou bien même l'enfermement en centre de rétention⁷¹. Il est important de souligner ce point car, aujourd'hui, plusieurs dérives sont néfastes pour les dublinés et leurs conditions de vie durant leur parcours en France. Comme cela a été mentionné, une proportion non négligeable de dublinés est réputée être en fuite, ou alors dont le sort est inconnu. Cela peut s'expliquer justement par la complexité des dispositifs et de la procédure administrative, qui amènent beaucoup de restrictions sociales, professionnelles et sanitaires pour les personnes concernées, aboutissant potentiellement à une expulsion du pays, privilégiant donc la fuite.

La fuite est officiellement déclarée lorsque la personne a manqué un rendez-vous en préfecture, à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), au commissariat de police ou à l'aéroport. Si une personne déclarée en fuite ne fait aucun recours contre cette décision, alors elle devra attendre 18 mois afin que la France soit de nouveau responsable de sa demande d'asile. La personne perdra également l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA) et a de forte chance d'être renvoyée du centre d'hébergement⁷².

C'est donc face à ce risque de fuite que le règlement du 26 juin 2013, instaurant la procédure Dublin III, prévoit à son article 28 le placement des personnes en procédure Dublin en rétention : « *Les États membres peuvent placer les personnes concernées en rétention en vue de garantir les procédures de transfert conformément au présent règlement lorsqu'il existe un risque non négligeable de fuite de ces personnes, sur la base d'une évaluation individuelle et uniquement dans la mesure où le placement en rétention est proportionnel et si d'autres*

⁷⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717> [visité le 1er mai 2020].

⁷¹ La Cimade, *rapport Dublin : l'urgence de changer de cap*, 2017, disponible sur le site suivant : https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2017/12/Cimade_Dublin_2017.pdf [visité le 31 avril 2020].

⁷² <https://www.lacimade.org/ex-dubline%C2%B7e%C2%B7s-en-fuite-pourquoi-lofii-leur-coupe-t-il-les-conditions-daccueil/> [visité le 30 avril 2020].

*mesures moins coercitives ne peuvent être effectivement appliquées*⁷³ ». La rétention se définit comme : « *permettant de maintenir dans un lieu fermé un étranger qui fait l'objet d'une décision d'éloignement, dans l'attente de son renvoi forcé* ⁷⁴ ».

Il est bien précisé que la rétention n'est possible que s'il « *existe un risque non négligeable de fuite* ». Or, depuis 2015, il est constaté une hausse significative des personnes dublinées mises en rétention, souvent en appliquant une politique très stricte vis-à-vis de l'article 28 du règlement européen. En effet, entre 2015 et 2017, la proportion de dublinés qui sont mis en rétention a plus que quadruplé, passant de 3,4% à 14,7%. Cette pratique a légèrement diminué, surtout depuis un arrêt de la première chambre civile de la Cour de Cassation datant du 27 septembre 2017⁷⁵, qui vient sanctionner ces méthodes.

Si cela a pu entraîner une baisse de rétention des dublinés, la loi du 20 mars 2018, relative à la bonne application du régime d'asile européen, vient faire machine arrière. En effet, cette loi prévoit de pouvoir placer en rétention une personne dublinée sans qu'aucune mesure d'éloignement soit prise, tandis qu'avant, cette privation de liberté n'était possible que durant le temps strictement nécessaire à l'exécution d'une décision d'expulsion. Le « *risque non négligeable de fuite* » n'est ici plus respecté, puisqu'il faut bien moins que cela, depuis cette loi de 2018, pour mettre en rétention une personne en procédure Dublin. Cette nouvelle mesure vient donc toucher beaucoup plus de dublinés, facilitant grandement leur détention, puisque celle-ci peut maintenant se faire en amont de la procédure de détermination et de saisine de l'Etat responsable⁷⁶. Fin 2018, c'est 3 584 personnes dublinées qui ont été placées en rétention, et seulement 1 789 qui furent véritablement transférés, démontrant ainsi qu'une grande part des dublinés mis en rétention n'ont eu aucune mesure d'éloignement⁷⁷.

De plus, la loi du 20 mars 2018 apporte des modifications sur l'assignation à résidence, qui se définit comme suit : « *L'assignation à résidence oblige les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement à rester dans un endroit précis* »⁷⁸. Cette loi prévoit une assignation à résidence de 45 jours, qui pourra être renouvelée jusqu'à trois fois. Durant toute cette période,

⁷³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604> [visité le 29 avril 2020].

⁷⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2780> [visité le 30 avril 2020].

⁷⁵ Cass. 1^{ère} civ., 27 septembre 2017, n° 17-15160.

⁷⁶ <https://www.lacimade.org/retention-personnes-dublinees-publication-de-loi-permettant-generalisation/> [visité le 30 avril 2020].

⁷⁷ <https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/>, op.cit.

⁷⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20127> [visité le 28 avril 2020].

la personne est tenue de pointer à un poste de police ou de gendarmerie, jusqu'à une fois par jour. Également, la personne assignée ne peut pas quitter un périmètre prédéfini.

Ces deux mesures que sont la rétention et l'assignation à résidence sont des dispositifs qui viennent grandement limiter la liberté des dublinés. Il est fréquemment fait mention que la France oublie que les dublinés sont à la base des demandeurs d'asile et que nombre de leurs droits n'est pas respecté⁷⁹.

3. *Le triple paradoxe de la procédure Dublin*

Concernant tous les dispositifs propres à la procédure Dublin, la Cimade (Comité inter-mouvements auprès des évacués), une association de solidarité active et de soutien politique aux migrants, aux réfugiés et aux déplacés, aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière, met en évidence un triple paradoxe. En effet, le système Dublin détériore la solidarité européenne ; il affaiblit les droits de personnes en besoin de protection ; il n'est pas efficace, au vu du taux de transferts sortants et de transferts entrants des dublinés, qui est sensiblement équilibrée⁸⁰.

La procédure Dublin est donc un mécanisme très contesté, qui donnerait uniquement l'opportunité légale d'expulser pour les pays⁸¹. Considéré comme un sas de pourrissement, cette procédure, ainsi que la demande d'asile, sont des dispositifs restreignant grandement l'accès aux soins des personnes concernées, malgré leurs besoins sanitaires plus importants.

De plus, la santé des dublinés et des demandeurs d'asile est souvent empêchée voire dégradée, de par les pays qui ne respectent pas leurs droits fondamentaux et qui les perçoivent souvent comme une charge ; les procédures administratives sont très longues et contraignantes, avec un aboutissement plus qu'incertain. Tous ces éléments combinés peuvent participer à la fuite des personnes concernées, d'où le fait que la mise en rétention, ou bien l'assignement à résidence, deux procédés venant limiter la liberté de ces individus, aient été mis en place.

Ainsi, qu'il s'agisse d'un départ pour raison professionnelle, de persécution, de violation des droits humains (torture, traitements cruels, inhumains ou dégradants), de conflit armé, ou bien simplement de leur opinion ou leur origine, l'immigration n'est jamais une expérience

⁷⁹ La Cimade, Sciences Po, *Dubliné.e.s en rétention : des demandeurs.se.s d'asile privé.e.s de leurs droits par une politique d'éloignement à tout prix*, juillet 2019, disponible sur le site suivant https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/07/Sciences_Po_Cimade_2019_Dublin_Retention_2019.pdf [visité le 25 avril 2020].

⁸⁰ <https://www.lacimade.org/publication/reglement-dublin-machine-infernale-asile-europeen/>, op.cit.

⁸¹ <https://www.ouest-france.fr/europe/ue/les-migrants-dublinés-le-point-faible-du-régime-d-asile-en-europe-5867466>, op.cit.

exempte de douleur physique ou morale, et la santé est mise en jeu à diverses étapes de ce parcours, aboutissant à des séquelles et des traumatismes à vie⁸². L'arrivée dans le pays se fait donc souvent dans des conditions précaires, notamment pour les immigrés irréguliers, qui nécessiteraient un accès aux systèmes de soins simplifiés. Or, c'est le constat inverse qui est remarqué. Effectivement, les demandeurs d'asile et les dublinés, malgré des dispositifs tels que la PUMA ou l'accès aux soins d'urgences, ont un accès limité au système de soin.

En conséquence, nous avons vu que le départ et le trajet des immigrés peuvent dégrader leur santé. La procédure de demande d'asile et la procédure Dublin viennent accentuer ce mauvais état de santé, en limitant fortement les droits des immigrés qui arrivent sur le territoire.

Cependant, il est intéressant de s'intéresser maintenant à la santé des immigrés une fois arrivés sur le territoire français. En effet, que les immigrés soient en bonne santé ou non à leur arrivée en France, il est reconnu que leur état de santé tend à se dégrader pour de multiples raisons, malgré les nombreux dispositifs mis en place.

⁸² Sandrine Musso, *Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'immigration*, *Bulletin Amades*, le 3 février 2009, consulté le 05 juin 2020. Disponible sur le site suivant : <http://journals.openedition.org/amades/269> [visité le 24 avril 2020].

II. Les causes de l'état de santé dégradée des immigrés en France et les dispositifs d'accès aux soins face à diverses barrières

C'est un constat, l'état de santé sur le territoire français des immigrés est moins bon que le reste de la population et tend à se dégrader en raison de divers facteurs (A). Face à cette réalité, les multiples dispositifs présents pour l'accès aux soins ont été mis en place, mais leur accessibilité est restreinte par de nombreuses barrières dont souffrent les immigrés (B).

A. Un état de santé précaire des immigrés en France : une exposition accrue aux maladies et des environnements de vie pathogènes

Les immigrés voient leur santé dégradée du fait, tout d'abord, d'une exposition importante à certaines pathologies et infections (1). Ce constat découle de plusieurs causes, avant tout leurs conditions de vie néfastes (2). De même, les immigrés ont du mal à se loger, subissent un réel retard de vaccination et n'ont généralement pas de couverture maladie (3). Finalement, leur difficulté à intégrer le marché du travail et à percevoir des revenus pour vivre porte atteinte à leur état de santé (4).

1. Une prévalence des maladies et infections dans la population immigrée

Une fois sur le territoire français, la santé des immigrés demeure en général dégradée et précaire. L'Académie de Médecine, dans le rapport « Précarité, pauvreté et santé », paru le 20 juin 2017, fait un état des lieux de la santé de la population française et met en lumière le cas particulier des immigrés, qui sont identifiés comme l'une des populations les plus précaires et vulnérables, et que ces derniers devraient « *bénéficier d'une attention particulière du point de vue médical*⁸³ ».

Le bilan du Comede (Comité pour la santé des immigrés), une association française de soutien aux migrants, a mis en évidence la vulnérabilité de la population immigrée. En effet, un quart des consultants présentent plusieurs critères de vulnérabilité, tandis que 16% présentent

⁸³Bull. Acad. Natle Méd., 2017, 201, nos 4-5-6, 567-587, séance du 20 juin 2017, disponible sur le site suivant : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/567-588.pdf> [visité le 2 mai 2020].

des troubles psychiques graves, comme les syndromes post traumatiques, et 22% ont développé un état dépressif⁸⁴.

Selon le rapport annuel d'activité et d'observation du Comede, en 2019, 62% des patients suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence, 15% des antécédents de torture, et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Parmi les demandeurs d'asile suivis par le Comede, ces mêmes données sont encore plus élevées et atteignent 81% pour les antécédents de violence, 21% pour la torture et 19% de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle. De plus, le rapport du Comede met en évidence d'autres formes de violence, tel que l'enfermement, les viols, les mariages forcés. Également, de nombreux immigrés suivis par le Comede présentent des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ainsi que des urgences psychiatriques qui nécessitent une intervention⁸⁵.

C'est donc un constat avéré : la santé des immigrés est moins bonne que celle des non immigrés. Approximativement 22% des immigrés, âgés de 18 à 60 ans, déclarent avoir un état de santé altéré, qui varie entre « moyen », « mauvais » et « très mauvais », alors que, parmi la population non immigrée, seulement 16% déclarent cet état de santé altéré. Cette différence tend à augmenter avec l'âge, en particulier entre 60 et 74 ans, où la santé est perçue comme dégradée. Chez les femmes immigrées par exemple, âgées de 60 à 74 ans, 7 sur 10 se déclarent en médiocre santé générale, alors qu'une seule femme sur deux se déclare ainsi parmi la population non immigrée⁸⁶.

⁸⁴ Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf [visité le 29 avril 2020].

⁸⁵ Comede, Rapport d'activité et d'observation, *La Santé des exilés*, 2019, disponible sur le site suivant : <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf> [visité le 23 avril 2020], p.72.

⁸⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025> [visité le 20 avril 2020].

Part des personnes déclarant leur santé médiocre ou des limitations fonctionnelles selon l'origine et l'âge

en %

	État général de santé Moyen, mauvais ou très mauvais				État fonctionnel de santé Moyen ou mauvais			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	Non-immigrées	Immigrées	Non-immigrés	Immigrés	Non-immigrées	Immigrées	Non-immigrés	Immigrés
De 15 à 29 ans	9	12	7	6	9	19	8	10
De 30 à 44 ans	17	25	17	26	15	20	15	12
De 45 à 59 ans	32	48	28	42	28	37	25	26
De 60 à 74 ans	49	69	43	44	38	49	35	41
75 ans ou plus	74	79	70	75	67	70	62	74
Ensemble	31	41	25	34	27	34	22	26

Champ : France, personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Source : Insee, enquête Handicap Santé.

Comme nous pouvons le constater sur ce tableau, les populations vieillissantes tendent donc à déclarer un état de santé en déclin, ce qui est accentué pour les personnes issues de l'immigration. De plus, cette différence se maintient lorsqu'il s'agit d'une femme. En effet, les femmes sont, en proportion, plus nombreuses à déclarer un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais. Ce constat est similaire lorsqu'il s'agit de déclarer un état fonctionnel moyen ou mauvais, c'est-à-dire un handicap, où les femmes immigrées sont les plus nombreuses.

Également, parmi les enquêtes de l'INSEE, le risque d'obésité et de diabète de type 2 chez les immigrés est particulièrement accru, du fait de leur situation financière et sociale, ne permettant pas d'entretenir une bonne santé culinaire⁸⁷. Pour les femmes enceintes immigrées, il est constaté un suivi très inadéquat, ayant pour conséquence des risques à la fois pour la mère, mais aussi pour l'enfant à venir. En effet, Médecins du Monde a indiqué que, parmi les femmes enceintes immigrées qui ont été accueillies en France, seulement 6.2% disposaient de droits ouverts à la couverture maladie, et 45.2% présentaient un retard dans le suivi de leur grossesse. De plus, les risques de décès maternel sont évalués à deux fois plus importants pour les femmes immigrées que les femmes françaises⁸⁸.

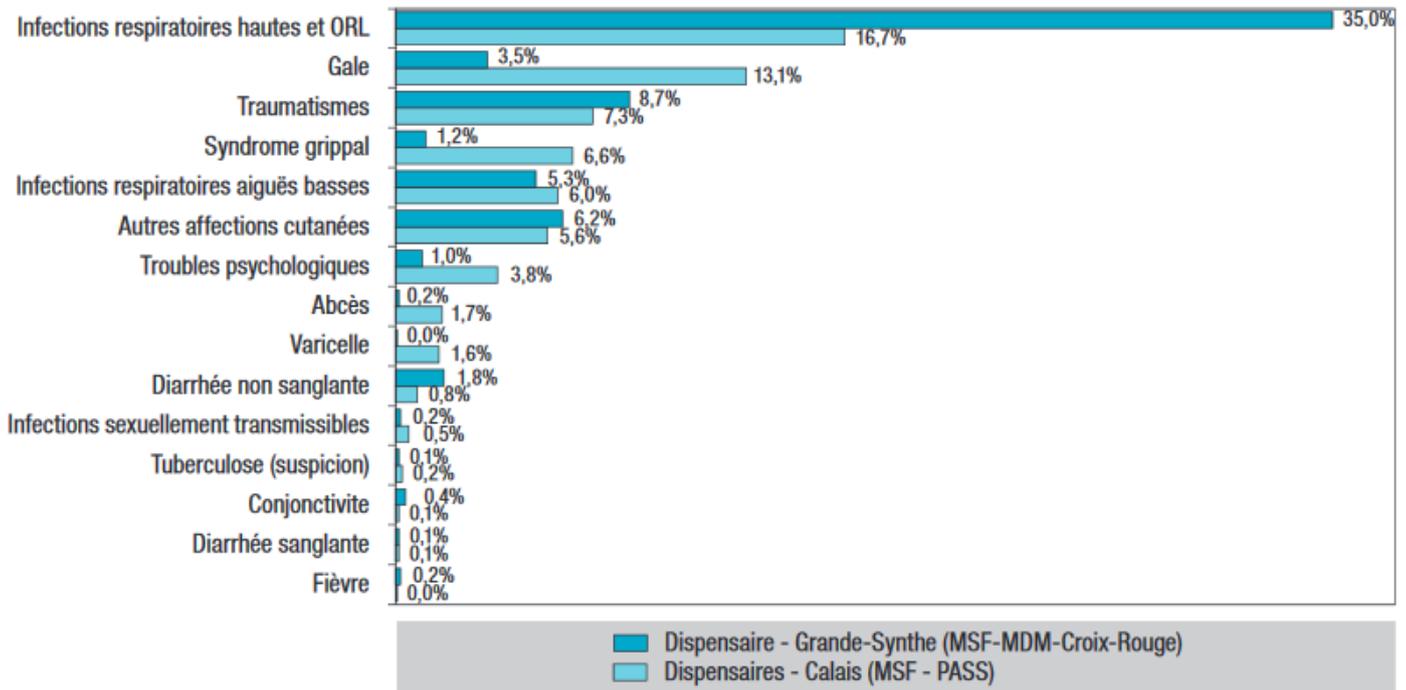
Lors d'une étude, entre décembre 2015 et mai 2016, réalisée dans les camps d'immigrés de Grande-Synthe, une commune située dans le nord de la banlieue de Dunkerque, et de Calais,

⁸⁷ Hôpitaux Universitaires Genève, Delphine Amstutz, Joëlle Bonin, Daniela Da Costa Alimentation des personnes migrantes, mercredi 25 janvier 2017, disponible sur le site suivant : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/alim_migration_25.01.pdf [visité le 3 mai 2020].

⁸⁸ Santé publique France, BEH, op.cit.

appelé la « jungle de Calais », un regroupement des consultations des différentes associations présentes (Médecins Sans Frontières ; Médecins Du Monde ; La Croix-Rouge) a permis de mettre en évidence un grand nombre de maladies et de pathologies touchant les immigrés, notamment ceux qui vivent dans des camps où les conditions et l'hygiène de vie sont précaires⁸⁹.

Répartition des pourcentages de consultations de premier recours pour les principaux motifs/regroupements syndromiques (nombre de recours pour un motif rapporté à la totalité des recours) dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe, décembre 2015 – mai 2016

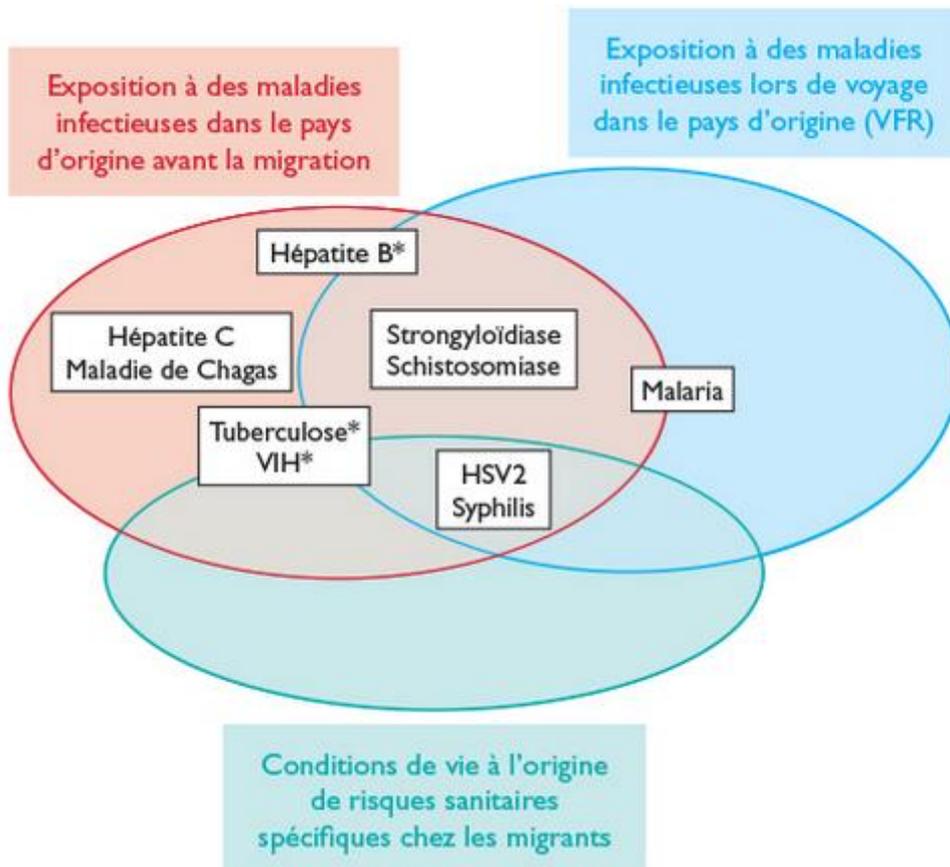


MSF : Médecins Sans Frontières ; MDM : Médecins du Monde ; PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

On remarque donc que les immigrés sont notablement touchés par les infections respiratoires et oto-rhino-laryngologiques (ORL), la gale, ainsi que les syndromes grippaux. Les infections et maladies transmissibles sont en effet un véritable fléau dans les camps des immigrés, principalement dues par le manque d'hygiène et la proximité des individus qui y résident. Si la survenance de maladie dans ces camps est déjà bien plus élevée que dans le reste de la population, de nombreuses maladies surviennent justement à cause de l'arrivée d'autres immigrés, souvent porteurs de maladies qu'ils ont attrapé avant d'arriver en France. Également, les immigrés qui voyagent vers leur pays d'origine sont plus facilement exposés à des maladies, et seront susceptibles de les rapporter à leur retour.

⁸⁹ Santé publique France, BEH, op.cit.

Voici un tableau qui résume la prévalence de certaines maladies chez les immigrés, et l'origine de leur apparition :



Source : <https://lesobservateurs.ch/2017/02/23/maladies-chez-les-migrants-le-rapport-alarlant-de-la-revue-medicale-suisse/>⁹⁰ [visité le 2 mai 2020].

Il est aussi important de souligner que de nombreux immigrés souffrent de traumatismes et de troubles psychologiques, réunissables sous le terme de syndromes psychotraumatiques, qui sont « *des syndromes caractérisés par le lien entre un évènement de vie qui a produit un sentiment d'effroi et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidant. Ces symptômes peuvent devenir chronique et entraîner une modification durable de la personnalité si les personnes qui en souffrent ne trouvent pas de soutien et de soin adapté⁹¹* ». Ces syndromes psychotraumatiques sont aussi appelés stress post traumatique. Les symptômes peuvent apparaître plusieurs semaines après l'évènement, mais cela peut s'étendre jusqu'à plusieurs mois. Ce syndrome peut être causé par les séquelles laissées durant le trajet des immigrés, mais aussi à cause des conditions dans lesquelles ils sont parfois obligés de vivre,

⁹¹ Comede, rapport de 2015, op.cit.

une fois arrivés en France. Ce stress post traumatique peut aussi engendrer d'autres symptômes, tels que l'angoisse, des phobies lorsque des lieux ou des personnes rappellent l'événement, une hypervigilance... De telles conséquences vont avoir d'indéniables répercussions sur la vie de la personne, qui éprouvera un manque de sommeil, du mal à se concentrer, des trous de mémoire, un fort sentiment de honte et d'échec.

Ce type de syndrome nécessite donc une prise en charge rapide, afin d'éviter que l'état psychique de la personne ne s'aggrave, pouvant dégénérer en dépression, trouble du comportement, idées suicidaires. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 15 à 20% des personnes souffrant de tels troubles sont susceptibles de faire une tentative de suicide. Or, ces syndromes peuvent être durs à cerner pour les professionnels, retardant et aggravant l'état de la personne. Cela est d'autant plus difficile pour les professionnels de santé puisque, pour les personnes qui présentent de tels symptômes, il a été reconnu qu'elles ont un triple besoin de relation, de réparation et de reconnaissance. Cela veut dire que seul « l'acte de soin » ne suffit pas pour cette population spécifique⁹².

Lors d'une étude, des bilans ont été réalisés entre octobre 2015 et avril 2016 auprès de personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, mais qui étaient cette-fois-ci hébergées dans une structure dédiée. Ces bilans ont mis en évidence la vulnérabilité psychologique des immigrés. Avant tout, plus de deux-tiers des immigrés ont déclaré ressentir un sentiment de solitude. De plus, plus de la moitié des personnes interrogées ont parlé de troubles du sommeil, d'idées noires, de crises de larmes ou d'irritabilité⁹³. En ce qui concerne les demandeurs d'asile, si la demande est rejetée, cela constitue une « violence administrative » très forte, selon le rapport d'activité de 2017 de Médecins du Monde. Ce refus, très mal vécu, « *annihile tout espoir de reconstruction et a bien souvent un effet pathogène*⁹⁴ ».

De plus, les immigrés ont une forte prévalence en ce qui concerne les infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). En effet, parmi les personnes immigrées accueillies en centre de santé entre 2014 et 2015, juste derrière les troubles psychologiques, 15% des immigrés étaient atteints de l'hépatite B ou l'hépatite C⁹⁵.

⁹² INPES, La Santé de l'Homme, no 392, 1er novembre 2007, p.18-19.

⁹³ Santé publique France, BEH, op.cit, p.384.

⁹⁴ Rapport de médecins du monde, 2017, op.cit, p. 46.

⁹⁵ Comede, Pascal Revault, Maud Giacomelli, Olivier Lefebvre, Arnaud Veisse, Khaldia Vescovacci *Infection par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016*, 3 février 2017, p.273.

Prévalences (en %) des infections chroniques par le VHB et le VHC selon le sexe et les régions de naissance parmi les personnes accueillies en consultation de médecine générale entre 2007 et 2016 au Comede

Région de naissance	VHB			VHC		
	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095
Afrique centrale	3,6	10,6	6,8	3,5	3,1	3,3
Afrique du Nord	1,5	2,3	2	1,5	3	1,7
Afrique de l'Ouest	6,8	17,1	14,3	1,1	0,6	0,8
Asie centrale	1,5	6,7	5,7	14,7	4	5,9
Asie de l'Est	6,7	13,5	10,9	4,4	0	1,6
Asie du Sud	0,2	2,7	2,4	0	0,8	0,7
Caraïbes	8	7,1	7,6	0	0	0
Europe de l'Est	0,6	5,4	4,1	3,1	5,4	4,7
Moyen Orient	0	1,5	1,2	0	6,7	5,4
Total	3,8	8	6,8	2,2	1,6	1,8

NB : La prévalence est calculée en rapportant le nombre de personnes positives au nombre de personnes vues en consultation et ne tient pas compte du fait que 4% des consultants ne réalisent pas de bilan de santé.

Source : Comede, Pascal Revault, Maud Giacomelli, Olivier Lefebvre, Arnaud Veisse, Khalda Vescovacci, *Infection par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016*, 3 février 2017, p.274.

Si les femmes sont plus touchées par le VHC, notamment celles originaires d'Asie centrale, les hommes sont les plus touchés par le VHB, avec une prévalence deux fois plus élevée. Vis-à-vis de la population générale, où la prévalence du VHB et du VHC est inférieure à 1%, les immigrés sont particulièrement atteints par ces infections⁹⁶.

Il est toutefois important de souligner que l'état de santé des immigrés est aussi très lié à leur pays d'origine. Par exemple, il a été remarqué que les immigrés en provenance d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne ont généralement un meilleur état de santé que les immigrés originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord⁹⁷. Il faut donc éviter de faire l'amalgame qu'un immigré est forcément en moins bonne santé que le reste de la population française.

⁹⁶ <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/hepatiteB-bases-france/VHB-epidemie-ile-de-france.htm> [visité le 3 mai 2020].

⁹⁷ Santé Publique France, BEH, Caroline Berchet, Florence Jusot, Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature, janvier 2012, p.18, disponible sur le site suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=%C3%89tat%20de%20sant%C3%A9%20et%20recours%20aux%20soins%20des%20immigr%C3%A9s%20en%20France%20:%20une%20revue%20de%20la%20litt%C3%A9rature> [visité le 2 mai 2020].

Cependant, le constat à travers les chiffres est le suivant : on constate que les immigrés ont une tendance à être et à se percevoir en moins bonne santé que le reste de la population.

Ainsi, la santé des immigrés est souvent plus précaire que le reste de la population française. Si certaines conditions de vie des immigrés aident à comprendre pourquoi leur état de santé est plus détérioré, aussi bien sur le plan physique que psychologique, la santé est souvent le résultat d'une multitude de facteurs, aussi bien sociologiques que professionnels, qu'il est important de prendre en compte pour comprendre pleinement pourquoi les immigrés ont un moins bon état de santé que les autres individus français.

2. Une santé précaire des immigrés due à des conditions de vie néfastes

Paradoxalement, les immigrés arrivés en France dans les années 1980 et 1990 avaient, selon les études, une meilleure santé que le reste de la population, ainsi qu'une meilleure espérance de vie. Ces résultats ont permis d'observer également que ces immigrés avaient un taux de mortalité plus faible, avec une prévalence moindre de certaines maladies chroniques. Plusieurs études, datant des années 2000, viennent contredire les résultats précédents. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats antithétiques. Puisque dans les années 90, la politique d'accueil des migrants s'est durcie, les immigrés qui ont pu arriver en France ont passé plusieurs « filtres sélectifs », ce qui a créé un processus d'auto-sélection⁹⁸. De plus, en addition de cette politique plus sévère, la fin des 30 glorieuses (1975) marque aussi la fin de l'emploi des immigrés en masse. Les profils des immigrés qui arrivaient étaient donc différents, puisqu'ils venaient principalement pour des raisons familiales, pour rejoindre leurs proches. Cela implique que ces immigrés arrivaient dans le pays d'accueil avec préalablement des connaissances et de la famille sur place, ce qui a grandement favorisé leur insertion et ainsi, cela a permis de préserver leur santé⁹⁹.

Également, la différence dans les résultats peut s'expliquer par le fait que les études réalisées ne s'appuient pas toutes sur les mêmes critères et indicateurs. Par exemple, si les études de l'époque ont eu tendance à montrer une meilleure santé des immigrés, c'est, entres

⁹⁸ IRDES, Marie-Odile Safon, *La santé des migrants – Bibliographie thématique, février 2018*, p.33, disponible sur le site suivant : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf> [visité le 4 mai 2020].

⁹⁹ Groupe Hospitalier Sud Ile de France, ERES, Groupe Migrants de Prévention SPILF, Corevih IDF Est, *La Santé des migrants*, 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2017bordeaux-migrants/2017bordeaux-gpvpilf-vignier-sante-migrants.pdf> [visité le 1er mai 2020].

autres, parce que les indicateurs reposaient sur des critères objectifs quantifiables. C'est le cas du taux de mortalité, ou bien de la prévalence de certaines maladies. Concernant les études plus récentes, elles prennent en compte des indicateurs plus subjectifs, tels que la santé perçue par l'individu, le mal-être, dû aux conditions de vie précaires et les difficultés sociales et professionnelles. Les immigrés étant beaucoup plus touchés par ces derniers critères, les études plus récentes ont tendance à montrer une santé bien plus dégradée des immigrés¹⁰⁰.

Enfin, l'une des principales raisons mise en avant pour expliquer la différence constatée entre les études est que, plus la durée de résidence dans le pays d'accueil s'allonge, plus les immigrés ont tendance à adopter le mode de vie des autres individus. Cette assimilation culturelle va donc venir détériorer la santé des immigrés. Effectivement, ces derniers auront une consommation croissante d'alcool, de tabac, les amenant à développer diverses maladies (diabète, l'hypertension artérielle, ou bien l'obésité¹⁰¹).

D'ailleurs, concernant la consommation des immigrés, celle-ci est souvent considérée comme inadaptée et source de troubles sanitaires. Parmi une enquête de Médecins du Monde auprès d'immigrés, une grande majorité n'ont pas l'opportunité d'avoir 3 repas par jour. Un tiers de l'échantillon a déclaré ne pas avoir mangé tout une journée au cours de la semaine passée. Il a été également remarqué que les demandeurs d'asile et ceux qui ne sont pas en hébergement souffrent plus particulièrement du manque de repas.

En moyenne, les immigrés interrogés lors de l'enquête dépensent 2.50 euros par jour par personne pour l'alimentation. Les nouveaux arrivants et ceux n'étant pas logés dans des hébergements consomment significativement moins dans l'alimentation que ceux qui sont en France depuis plus de 3 mois et ceux qui bénéficient d'un hébergement. En France, en moyenne, un individu français consomme entre 3.50 euros et 13.50 euros par jour par personne pour l'alimentation¹⁰². La différence entre les Français et les immigrés est donc manifeste, et permet de bien comprendre le problème quant à l'alimentation des immigrés. En effet, les immigrés ont des ressources limitées, ce qui constitue le principal obstacle pour accéder à une meilleure alimentation selon 78.2% des immigrés questionnés. En effet, pour les immigrés, certains postes de dépenses ne peuvent faire l'objet d'une réduction (logement, eau, électricité), alors que la

¹⁰⁰ Santé Publique France, BEH, janvier 2012, op.cit.

¹⁰¹ IRDES, février 2018, op.cit, p.33.

¹⁰² <https://www.budgetbanque.fr/budget/budget-alimentation-comment-reduire-celibataire-couple-et-famille> [visité 28 avril 2020].

nourriture est un poste dont les dépenses peuvent varier. Ainsi, l'alimentation vient après certains postes et les immigrés doivent acheter en fonction de leur budget très limité.

C'est pour ces raisons que l'on parle régulièrement, à propos des immigrés, d'insécurité alimentaire, qui est, selon le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale du Québec : « *un état dans lequel se trouve une personne, ou un groupe de personnes, lorsque la disponibilité d'aliments sains et nutritifs, ou la capacité d'acquérir des aliments personnellement satisfaisants par des moyens socialement acceptables, est limitée ou incertaine* ». Cette insécurité alimentaire est, parmi les immigrés, 6 fois supérieure au reste de la population française¹⁰³.

Ainsi, dû au manque important de ressources parmi les immigrés, ceux-ci ne peuvent pas s'alimenter convenablement, mais cela va également orienter leurs dépenses vers des produits, certes moins chers, mais de moins bonne qualité, ne favorisant pas un bon état sanitaire. Par exemple, seuls 2 immigrés sur 3 avaient consommé une portion de fruits ou de légumes la veille, et un peu plus de la moitié ont consommé un produit laitier la veille. Ces habitudes de consommation, contraintes pour la plupart des immigrés, sont très loin des recommandations alimentaires. Vient également s'ajouter à cela un second obstacle qui est le manque quasiment total de matériel de cuisine, ne permettant pas l'accès à une alimentation saine, qui est un problème mentionné par plus d'un tiers des personnes questionnées¹⁰⁴.

C'est face à ce constat que les immigrés souffrant le plus du manque de nourriture sont souvent en détresse alimentaire, ont une tendance au glanage et ont beaucoup plus recours aux aides alimentaires, pour ceux qui connaissent ce dispositif, pour avoir accès à des repas gratuits. Si 42,1% des immigrés ont eu accès à une aide alimentaire au cours du mois précédant l'enquête, 61,7% ne connaissaient pas ce type de dispositif, malgré un besoin manifeste. Malgré tout, pour ceux qui utilisent l'aide alimentaire, ce dispositif est loin d'être suffisant, car les quantités ne sont pas suffisantes et cela reste ponctuel¹⁰⁵.

Les immigrés interrogés, face aux problèmes d'alimentation qu'ils rencontrent, témoignent régulièrement perdre du poids de manière imprévue. En effet, 36,2% des adultes immigrés ont été touchés par cette perte de poids, au cours des 2 dernières semaines. Ce constat est

¹⁰³ <https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sante-publique/inegalites-sociales-sante/vivre-sans-faim/informer/insecurite-alimentaire> [visité le 3 mai 2020].

¹⁰⁴ <https://www.europe1.fr/international/migrants-la-problematique-des-maladies-infectieuses-2717677> [visité le 2 mai 2020].

¹⁰⁵ Santé Publique France, BEH, septembre 2017, p.419

généralement fait par les immigrés qui sont en France depuis moins de 3 mois, qui n'ont pas d'hébergement, et pour qui se nourrir est parfois difficile. Au contraire, les immigrés qui sont en France depuis plus longtemps, qui sont hébergés, et pour qui l'Indice de Masse Corporelle (IMC) a été calculé, montrent des signes de surpoids et d'obésité plus accrus que le reste de la population, dus à leur mauvaise alimentation¹⁰⁶, comme indiqué sur le tableau suivant :

Indice de masse corporelle (IMC) des ressortissants étrangers de 18 ans ou plus. Enquête dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

	Femmes	Hommes	Total	p
Maigreur (IMC<18,5)	1,0%	3,3%	2,4% (3,6%)	0,001
Normal (18,5≤IMC<25)	34,0% (58,9%)*	51,1% (47,6%)	45,2% (50,0%)	
Surpoids (25≤IMC<30)	34,0% (26,0%)	33,5% (38,5%)	33,7% (31,9%)	
Obésité (IMC≥30)	30,9% (15,1%)	12,1% (13,9%)	18,7% (14,5%)	
Total	100,0%	100,0%	100%	

* Entre parenthèses en italiques, données relatives à la population générale : IMC<25, 25≤IMC<30, IMC≥30.

Source : Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, p.419.

On remarque sur ce tableau que parmi les immigrés ayant participé à l'enquête, très peu étaient en situation de maigreur, soit 2.4%, tandis qu'une proportion bien plus élevée présentait un état de surpoids ou d'obésité, respectivement à hauteur de 33.7% et 18.7%. Cependant, si les hommes immigrés ont une tendance égale, voire moindre, que le reste de la population (indiquée entre parenthèse), à montrer des signes de surpoids et d'obésité, respectivement 33.5% et 12.1%, les femmes immigrées souffrent bien plus de ces états, puisque 34% d'entre elles sont en situation de surpoids, et 30.9% sont en obésité, soit deux fois plus que les femmes issues de la population générale (15.1%)¹⁰⁷.

Les principales raisons avancées pour expliquer cette prévalence de surpoids et d'obésité dans les populations immigrées sont l'absence de petit déjeuner équilibré, la forte consommation de sucre, notamment en dehors des repas, mais également une forme de « déstructuration » des pratiques alimentaires qui favorise grandement le grignotage et le fait de manger à n'importe quelle heure de la journée¹⁰⁸.

¹⁰⁶ <https://www.enfantsneocanadiens.ca/health-promotion/obesity> [visité le 1er mai 2020].

¹⁰⁷ Santé Publique France, BEH, septembre 2017, op.cit, p.419.

¹⁰⁸ https://www.lemonde.fr/vous/article/2002/07/22/la-destructuration-des-pratiques-alimentaires_624593_3238.html [visité le 3 mai 2020].

De plus, face aux problèmes psychologiques évoqués précédemment, la consommation de psychotropes, des substances agissant sur le système nerveux afin de soulager certains troubles tels que l'anxiété, est une problématique chez les immigrés qui est pourtant une conséquence directe de leur parcours et de leur histoire. En effet, certaines addictions découlent du stress migratoire subi, des conditions de vies précaires, des discriminations et du racisme. Une enquête du Comede, réalisée en octobre 2017, met en avant la forte consommation d'alcool, ainsi que l'usage abusif de médicaments, comme des anxiolytiques, ou bien des anti-dépresseurs. La plupart des immigrés qui ont participé à l'enquête, concernés par ces consommations, ont admis qu'ils consommaient ces substances principalement pour « tenir le coup »¹⁰⁹.

Ainsi, que ce soit qualitativement et quantitativement, l'alimentation des immigrés en France est problématique, entraînant des difficultés de santé. Cet effet est souvent additionné au manque d'activité physique parmi les immigrés, créant dans cette population une forte prévalence pour certaines maladies chroniques, tel que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'infection du SIDA, en passant par des maladies psychiques de longue durée (dépression...).

¹⁰⁹ Comede, rapport de 2019, op.cit, p.82.

3. *Une santé précaire des immigrés : les problèmes de logement et les retards de vaccination*

a. Les difficultés de logement des immigrés et le phénomène du surpeuplement

Sur le plan du logement, la situation des immigrés est aussi problématique, pouvant favoriser un état sanitaire dégradé. En effet, les conditions et la nature du logement sont souvent précaires. Le tableau suivant repose sur une enquête faite par le Collectif national des PASS (permanence d'accès aux soins et à la santé), au sein de la France, en 2016, et répertorie les conditions de logements des immigrés qui sont venus se présenter au PASS pour une consultation médicale.

	n (%) ou médiane (IQR)
Conditions de logement	N=831
Hébergement chez un proche	338 (40,7%)
Sans domicile fixe	133 (16,0%)
Logement personnel	119 (14,3%)
Centre d'hébergement	89 (10,7%)
Foyer	65 (7,8%)
Hôtel social	26 (3,2%)
Logement partagé à plusieurs	22 (2,7%)
Squat	21 (2,5%)
Hôtel payé	11 (1,3%)
Habitat mobile	6 (0,7%)
Appartement thérapeutique	1 (0,1%)

Source : Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf [visité le 29 avril 2020], p. 399.

40.7% des immigrés logent chez un proche, leur permettant de vivre dans des conditions correctes, ce qui n'est pas le cas de beaucoup d'autres. En effet, on remarque ici que 16% des immigrés venus dans une PASS sont sans domicile fixe, tandis que pratiquement 17% d'entre eux sont logés soit en centre d'hébergement, soit en foyer. En plus petite portion, certains

immigrés vivent en squat, un lieu où les immigrants ont choisi de vivre sans l'accord du propriétaire.

De plus, lorsque les immigrants ont l'opportunité d'être hébergés ou bien d'être propriétaires, les logements sont plus petits que les logements des personnes non-immigrées (76 m² en moyenne, contre 93 m²). Or, comme on l'a évoqué précédemment, les ménages constitués de personnes immigrées sont généralement plus grands que les autres ménages. Au regard des logements plus petits, la situation de surpeuplement d'un logement est quelque chose de récurrent parmi les immigrants.

C'est ainsi qu'en 2013, 29 % des ménages immigrants vivaient dans un logement surpeuplé, alors que cela ne concerne que 7% des ménages de personnes non-immigrées. Le surpeuplement atteint très particulièrement les immigrants provenant d'Afrique, car 48% d'entre eux sont en situation de surpeuplement¹¹⁰. Ce constat donne souvent lieu à une « cohabitation forcée » avec les autres membres de l'hébergement, pouvant générer à la fois de mauvaises conditions de vie, ainsi que des tensions et conflits, pouvant avoir une atteinte sur l'état sanitaire des immigrants.

Un surpeuplement est un logement considéré trop petit, dont le nombre de pièces de vie est inférieur à un minimum fixé comme suit : une pièce de séjour pour le ménage ; une pièce pour le couple responsable du logement (s'il ne s'agit pas d'un couple, alors cela s'étend à deux pièces) ; une pièce pour un maximum de deux adultes supplémentaires ; une pièce pour un maximum de deux enfants. On peut parler de surpeuplement accentué lorsqu'il manque, dans l'habitation, deux pièces de vie jugées nécessaires pour le ménage¹¹¹.

En conséquence, au sein d'un logement, le surpeuplement peut conduire tout d'abord à un grand manque de sommeil (le partage de lit, le simple fait que la moindre activité puisse réveiller tout le ménage...). Les personnes qui sont en sur-logement témoignent régulièrement du fait qu'elles sont exténuées. Ensuite, le manque partiel voire total d'intimité peut avoir de lourdes conséquences sur le moral et la santé psychique des personnes qui sont dans cette situation. Cela peut engendrer du stress, des angoisses, des maux de tête, de la nervosité...

Le surpeuplement est donc un véritable obstacle pour l'épanouissement de la vie personnelle des individus. Cela peut être encore plus accentué lorsqu'il s'agit de tout une

¹¹⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586377> [visité le 2 mai 2020].

¹¹¹ OCDE/Union européenne (2015), *Les indicateurs de l'intégration des immigrants 2015 : Trouver ses marques*, Éditions OCDE, Paris, disponible sur le site suivant : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233799-fr> [visité le 3 mai 2020], p. 8 ; 186.

famille avec des enfants. En effet, dans de telles conditions, les parents peuvent être plus particulièrement maltraitants et violents avec leurs enfants. Le rapport parent/enfant est d'ailleurs souvent compliqué, créant malaises et disputes au sein du ménage.

Il a été remarqué pour les enfants que dans le cadre du surpeuplement, ceux-ci ont un plus grand risque de développer le saturnisme. De plus, les études ont montré qu'un élève entre 11 et 15 ans, occupant un logement en surpeuplement, a 40% de redoubler son année scolaire, du fait qu'il est extrêmement dur de travailler dans ce cadre¹¹².

La proximité favorise aussi fortement la transmission des maladies contagieuses au sein du ménage, impactant encore une fois la santé des personnes composant ce ménage.

Le sur-logement est également à l'origine de nombreuses pathologies respiratoires et dermatologiques, tels que l'asthme, de l'eczéma, des irritations, ou bien des allergies. De plus, le cumul de personnes dans un appartement manifestement trop étroit et les difficultés d'aération (caractéristique des petits appartements de par le manque de place), peuvent entraîner des problèmes d'humidité, voire de moisissures, ce qui compromet la bonne santé des personnes hébergées¹¹³.

Le surpeuplement est aussi une réelle difficulté pour les prises en charge médicales des personnes qui ont un lourd problème de santé, qui nécessiterait un réaménagement de l'appartement, dû à un handicap par exemple. Dans les appartements en sur-logement, un tel aménagement est tout simplement impossible. De même, toute intervention d'un professionnel médical à domicile (infirmier, kinésithérapeute, psychomotricien...) est évidemment compliquée avec, entre autres, l'impossibilité d'isoler le patient.

Ainsi, avec tous les problèmes qu'implique le surpeuplement, une étude de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), a établi qu'une personne qui est en situation de sur-logement a 40% de risques supplémentaires de se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé, comparé à un individu occupant un logement avec un espace suffisant¹¹⁴.

¹¹² Fondation Abbé Pierre, rapport annuel no 23, *L'état du mal-logement en France*, 2018, disponible sur le site suivant :

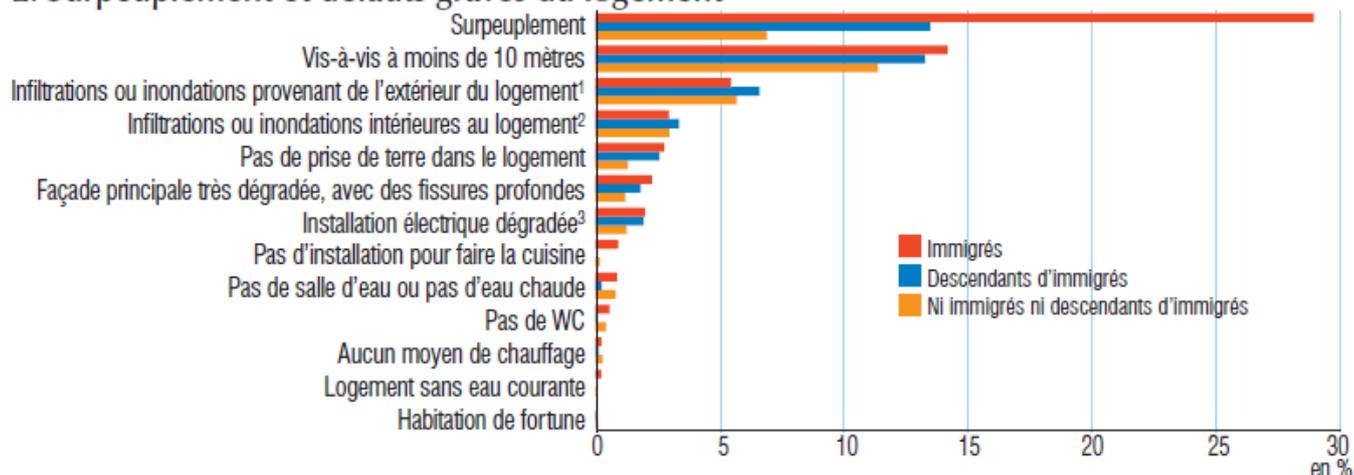
https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/23e_rapport_sur_letat_du_mal-logement_en_france_2018_-_le_rapport_complet.pdf [visité le 4 mai 2020], p. 90.

¹¹³ Fondation Abbé Pierre, rapport 2018, op.cit, p.85.

¹¹⁴ OFCE, *Marché à procédure adaptée sur la mesure du coût économique et social du mal-logement*, octobre 2015, disponible sur le site suivant :

De plus, au-delà des complications liées au surpeuplement et à la nature même de la résidence, les conditions dans lesquelles vivent certains immigrés sont également précaires. Plusieurs ménages d'immigrés vivent avec plusieurs défauts graves dans leur logement, qui nuisent encore une fois à la santé psychique et physique des ménages. Le tableau suivant, provenant d'une étude de l'Insee, liste les principaux défauts dans les habitations, notamment dans les logements d'immigrés¹¹⁵ :

2. Surpeuplement et défauts graves du logement



1. Les infiltrations peuvent être dues à une mauvaise étanchéité des murs extérieurs, du toit, du sol, des portes ou des fenêtres. L'absence d'étanchéité des murs, du toit ou du sol est retenue comme défaut grave. 2. Dues à des fuites d'eau dans la plomberie. 3. L'installation électrique peut être dégradée ou comporter des fils non protégés. La déclaration explicite d'une installation dégradée est retenue comme défaut grave.

Champ : France métropolitaine.

Lecture : 29 % des ménages immigrés et 13 % des ménages descendants d'immigrés vivent dans une résidence principale surpeuplée. C'est le cas de 7 % des ménages sans lien avec la migration.

Source : Insee, enquête Logement 2013.

Si la majorité des ménages immigrés possède les équipements de confort sanitaire minimum, (eau courante, WC intérieurs, douche ou baignoire), 2 % des logements de ménages immigrés n'ont toujours que l'eau courante, contre 0.5% pour la population non-immigrée. Des proportions non négligeables d'immigrée et descendante d'immigrée font face à des infiltrations et/ou inondations provenant de l'extérieur du logement, dues à la mauvaise étanchéité et les fissures des habitations. De ce fait, les ménages immigrés sont deux fois plus nombreux à se plaindre du froid, puisqu'au total, c'est 25% de ménages immigrés qui sont touchés par des signes d'humidité, conséquence directe de la précarité de certains logements. Également, les logements des ménages immigrés sont souvent sujets au manque d'installations ou de prises électriques. Ainsi, le réseau électrique est considéré être en mauvais état pour 12%

http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_ONPES_PUCA_OFCE_V2.pdf [visité le 6 mai 2020], p.86.

¹¹⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586377>, op.cit, visité le 2 mai 2020.

des ménages immigrés, tandis que le réseau de chauffage est clairement insuffisant pour 10% de ces ménages, alors que cela ne touche que 4% des ménages non-immigrés¹¹⁶.

Tous ces critères combinés aboutissent à des logements qui sont insalubres pour certains des immigrés, les mettant dans des dispositions peu favorables pour avoir un bon état sanitaire.

Ainsi, selon les critères de la loi relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbains¹¹⁷ (loi SRU)¹¹⁸, 6% des ménages composés de personnes immigrées habitent dans un habitat de mauvaise qualité (un logement qui présente trois défauts ou plus) alors que cela ne concerne que 3% des ménages de personnes non-immigrées¹¹⁹.

Bien que très nombreux dans leur logement, les immigrés ont également tendance à souffrir d'isolement social qui est, selon le Conseil Economique, Social et Environnemental : « *la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger*¹²⁰ ». Autrement dit, cela correspond à la situation d'une personne qui a peu de contact avec les autres, ou encore des contacts de qualité médiocre, pouvant avoir des conséquences néfastes.

En effet, cet isolement, qui touche régulièrement les immigrés, participe à certains maux d'ordre psychiques (dépression, anxiété...). De plus, l'isolement social encourage les personnes qui sont concernées à fournir moins d'efforts, notamment sur le plan de la sédentarité ainsi que l'alimentation. Les immigrés touchés par l'isolement auront moins tendance à se déplacer, à maintenir une activité sportive et adopteront une alimentation de moins bonne qualité, avec une consommation d'alcool et de tabac plus élevée. Également, les immigrés qui sont en isolement social mettront plus de temps à consulter un professionnel de santé, ce qui se traduit par un risque d'hospitalisation accru comparé au reste de la population¹²¹.

¹¹⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025>, op.cit, visité le 20 avril 2020.

¹¹⁷ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU), NOR EQUX9900145L.

¹¹⁸ <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/loi-solidarite-et-renouvellement-urbain-sru> [visité le 7 mai 2020].

¹¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025>, op.cit, visité le 20 avril 2020.

¹²⁰ <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/quelle-est-la-difference-entre-la-solitude-et-l-isolement> [visité le 9 mai 2020].

¹²¹ <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/isolement-social-immigrants-refugies.html> [visité le 10 mai 2020].

b. Le retard de vaccination des immigrés et l'absence de couverture maladie : un risque accru de pathologies

Les immigrés ont également une santé dégradée du fait du retard ou du manque de certaines vaccinations les concernant. Ce défaut de vaccination est d'autant plus dangereux chez les immigrés au regard de leurs nombreuses vulnérabilités. De plus, même si ce risque est faible, la probabilité que les flux de personnes immigrées amènent des épidémies de maladies infectieuses n'est pas nulle. En effet, les mauvaises conditions de vie du pays d'origine, les différents camps de rétention et camps de réfugiés que les immigrés traversent au cours de leur trajet, sont des lieux qui augmentent considérablement le risque qu'ils ont de transporter des maladies infectieuses. Il est donc important, aussi bien pour la sécurité sanitaire des immigrés que le reste de la population, que les immigrés aient une vaccination à jour¹²².

Si, globalement, les immigrés sont à jour sur plusieurs vaccins, notamment ceux contre la grippe, certains ne sont cependant pas actualisés. C'est le cas de la vaccination contre l'hépatite B, contre la poliomyélite et le tétanos. De même, les immigrés sont moins souvent dépistés contre certaines maladies, tels que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), au cours des douze derniers mois, ou bien un examen clinique des seins, ainsi qu'un frottis cervical pour les femmes immigrées¹²³.

Ainsi, ce manque de prévention et de vaccination, notamment pour certaines pathologies précises, peut être à l'origine d'une dégradation de la santé des immigrés et de la prévalence de certaines infections dans cette population.

A ce propos, cette plus grande prévalence de certaines infections chez les immigrés de type VIH, VHC, ou bien VHB, s'explique aussi par d'autres facteurs que le manque de vaccination. En effet, les immigrés sont moins sensibles aux actions de sensibilisation, entraînant un plus faible taux de dépistage de certaines infections. Ainsi, certaines maladies se manifestent plus régulièrement chez les immigrés, dont la prise en charge est souvent tardive, ce qui peut avoir des répercussions graves sur l'état de santé des immigrés¹²⁴.

¹²² CHU d'Amiens, Dr Sylvain Nappez, *Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants en France*, 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journee-gvp-20170504/vaccination-migrants-snappez.pdf> [visité le 10 mai 2020], p. 5.

¹²³ Santé Publique France, BEH, janvier 2012, op.cit, p. 19.

¹²⁴Comede, rapport de 2015, op.cit, p.420.

De plus, sur le plan de la couverture maladie, de nombreux immigrés ne bénéficient d'aucune couverture, ce qui restreint grandement leur accès aux soins car les frais devraient être payés par les immigrés eux-mêmes.

Couverture maladie et accès aux soins dans la population d'étude, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	n (%)
Couverture maladie de base	N=832¹
Aucune	346 (41,6%)
Demande en cours	216 (26,0%)
Assurance maladie (PUMA) ²	192 (23,1%)
Aide médicale d'État ³	78 (9,4%)
Couverture maladie complémentaire	N=734
Aucune	519 (70,7%)
Mutuelles ou complémentaire privées	37 (5,0%)
CMU complémentaire	100 (13,6%)
Aide médicale d'État ³	78 (10,6%)
Renoncement aux soins	N=761
	244 (32,1%)
Refus de soins	N=697
	64 (9,2%)

Source : Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf, p. 400.

Sur la totalité des immigrés qui ont fait l'objet de cette étude, 41.6% d'entre eux n'avaient aucune couverture maladie. Seulement 23.1% bénéficiaient de la PUMA et encore moins avaient l'AME pour la prise en charge de leur frais en soins. Selon Médecins du Monde, parmi les personnes qui n'ont aucune couverture maladie, 7 immigrés sur 10 ont les conditions administratives pour pouvoir bénéficier théoriquement d'un dispositif de couverture maladie¹²⁵.

En ce qui concerne les couvertures maladie complémentaires afin de rembourser la part des dépenses non couvertes par la couverture maladie de base, 70.7% des immigrés de cette enquête BEH n'avaient aucune couverture complémentaire. Les bénéficiaires de l'AME, étant couverts à 100%, n'ont pas besoin d'une couverture complémentaire. Enfin, 13.6% des

¹²⁵ Médecins du Monde, rapport de 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf> [visité le 3 avril 2020], p. 8.

immigrés avaient la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), car ils remplissaient les conditions requises.

Ainsi, tous ces immigrés qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie de base et d'aucune couverture complémentaire, sont beaucoup moins enclins à consulter un professionnel de santé, car ils n'ont pas l'argent nécessaire pour payer les frais. Ces immigrés ont donc un taux de recours aux soins moins élevé que le reste de la population, ce qui mène éventuellement à une aggravation de leur état de santé¹²⁶. En effet, ce nonaccès aux droits, qui est source de non-recours aux soins, est, selon les médecins, assez problématique pour l'état de santé des immigrés. En 2017, 49.4% des patients immigrés qui ont eu une consultation médicale présentaient, selon les professionnels de santé, un retard de recours aux soins et 38.6% d'entre eux nécessitaient des soins urgents ou assez urgents¹²⁷.

Après avoir constaté que l'état de santé des immigrés était, en moyenne, moins bon que le reste de la population, nous avons passé en revue les raisons pour lesquelles les immigrés ont un état de santé plus dégradé. Cela a mis en évidence que la santé est la résultante d'une multitude de facteurs : professionnels, personnels, le mode de vie des immigrés, souvent induits de leur niveau de vie, leur prévalence à certaines maladies... Tous ces facteurs viennent donc mettre à mal la santé physique et psychique de ces immigrés, ce qui participe à une forme de vulnérabilité sanitaire chez cette population.

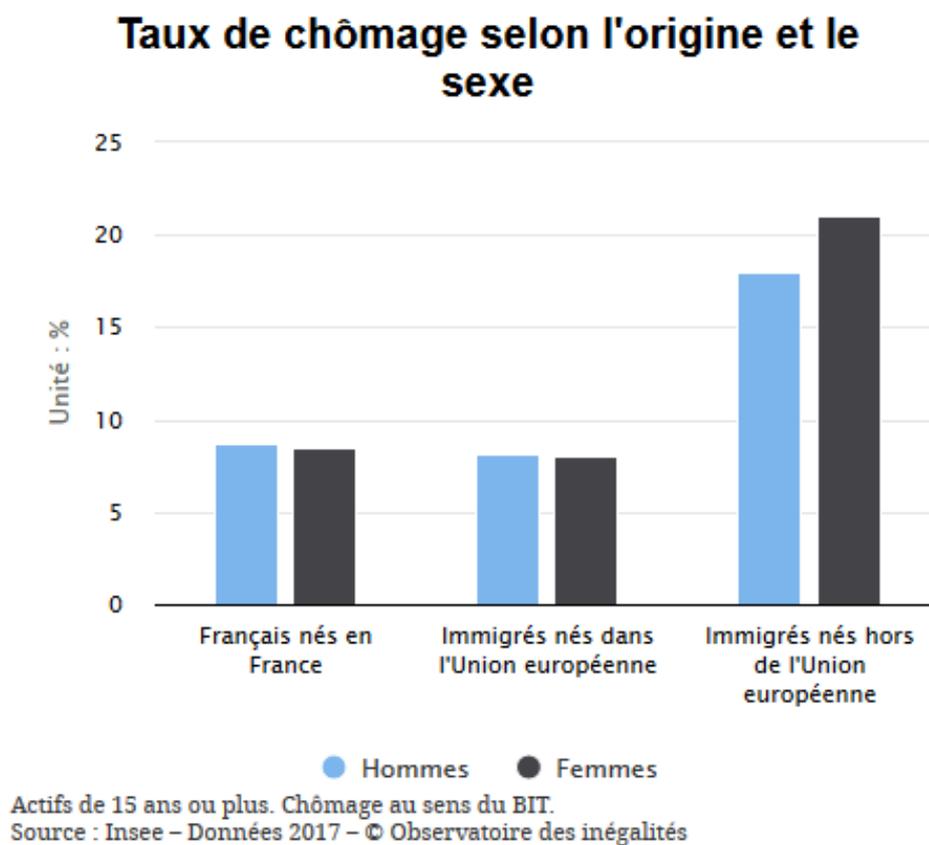
¹²⁶ Santé Publique France, BEH, septembre 2017, op.cit, p. 383.

¹²⁷ Médecins du Monde, 2017, op.cit, p. 8.

4. *Un marché du travail difficile à pénétrer et empreint de pénibilités pour les immigrés*

a. Une difficulté d'obtention de la couverture maladie : l'éviction des immigrés du marché du travail

Les immigrés ont du mal à entrer sur le marché du travail, ce qui les empêche d'avoir des ressources convenables et une couverture maladie, nuisant à leur état de santé. En effet, selon l'Insee, 16,3 % des immigrés étaient au chômage en 2017, contre 8,6 % des individus nés en France¹²⁸.



Il est intéressant de noter que les immigrés nés hors de l'Union Européenne (UE) sont beaucoup plus touchés par le chômage que les immigrés nés à l'intérieur (qui ne sont pas plus touchés par le chômage que le reste de la population française), notamment par le fait qu'il existe des dispositifs au sein de l'Union Européenne pour avoir une reconnaissance des

¹²⁸ https://www.inegalites.fr/Chomage-des-immigres-le-poids-des-inegalites-sociales-et-des-discriminations?id_theme=24 [visité le 2 mai 2020].

diplômes entre les Etats¹²⁹. L'écart de chômage entre les Français et les immigrés nés hors de l'UE s'explique d'ailleurs principalement par le fait que ces immigrés sont beaucoup moins diplômés que le reste de la population. En effet, 40% des immigrés, âgés de 15 à 64 ans, n'ont pas de diplôme supérieur au brevet des collèges ou au certificat d'études primaires selon l'Insee, alors que seulement 26% de l'ensemble de la population française sont dans cette situation. Malgré tout, même à niveau de diplôme équivalent, que ce soit le baccalauréat ou un diplôme supérieur, le taux de chômage parmi les immigrés nés hors de l'UE reste bien plus élevé. Il y a donc plusieurs facteurs à prendre en compte pour expliquer cette difficulté d'accès au marché du travail pour les immigrés. Premièrement, les diplômés des immigrés peuvent être plus orientés vers certains secteurs, mais qui sont bouchés et donc inaccessibles. De plus, les immigrés ont une maîtrise de la langue imparfaite, n'aidant pas leur insertion professionnelle et leur capacité à occuper certains emplois. Également, les immigrés ne bénéficient pas, ou peu, d'un réseau de relations professionnelles, qui pourrait aider à l'insertion sur le marché du travail, là où les personnes natives en France et les personnes qui y ont fait leurs études sont souvent privilégiés sur ce plan. Il faut aussi prendre en compte le fait que les immigrés qui n'ont pas la nationalité française ou qui ne sont pas originaires d'un pays de l'Union européenne sont exclus automatiquement de certaines professions, comme le métier de policier, d'instituteur, ou bien même d'architecte. Il est estimé que le nombre d'emplois que cela représente s'élève à 5.4 millions, soit plus de 20% des emplois en France¹³⁰.

Enfin, face au marché du travail, il est indéniable que les immigrés subissent des discriminations. Des tests ont été mis en œuvre par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), consistant à envoyer de faux *curriculum vitae* avec pour seules différences l'origine de la personne et son adresse. Les résultats prouvent l'existence d'une discrimination à l'embauche vis-à-vis des immigrés, qui sont moins nombreux à avoir obtenu une réponse positive pour un entretien¹³¹. En addition d'avoir un impact sur le taux de chômage des immigrés, la discrimination à l'emploi est ressentie comme un rejet violent, qui s'accumule aux troubles psychologiques déjà présents chez certains des immigrés¹³².

¹²⁹ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20949/la-reconnaissance-des-diplomes-dans-l-union-europeenne.html> [visité le 5 mai 2020].

¹³⁰ <https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/economie-et-immigration/quels-sont-les-metiers-interdits-aux-etrangers> [visité le 4 mai 2020].

¹³¹ <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lutte-contre-les-discriminations-mise-en-ligne-des-resultats-du-1er-testing-sur-377650> [visité le 4 mai 2020].

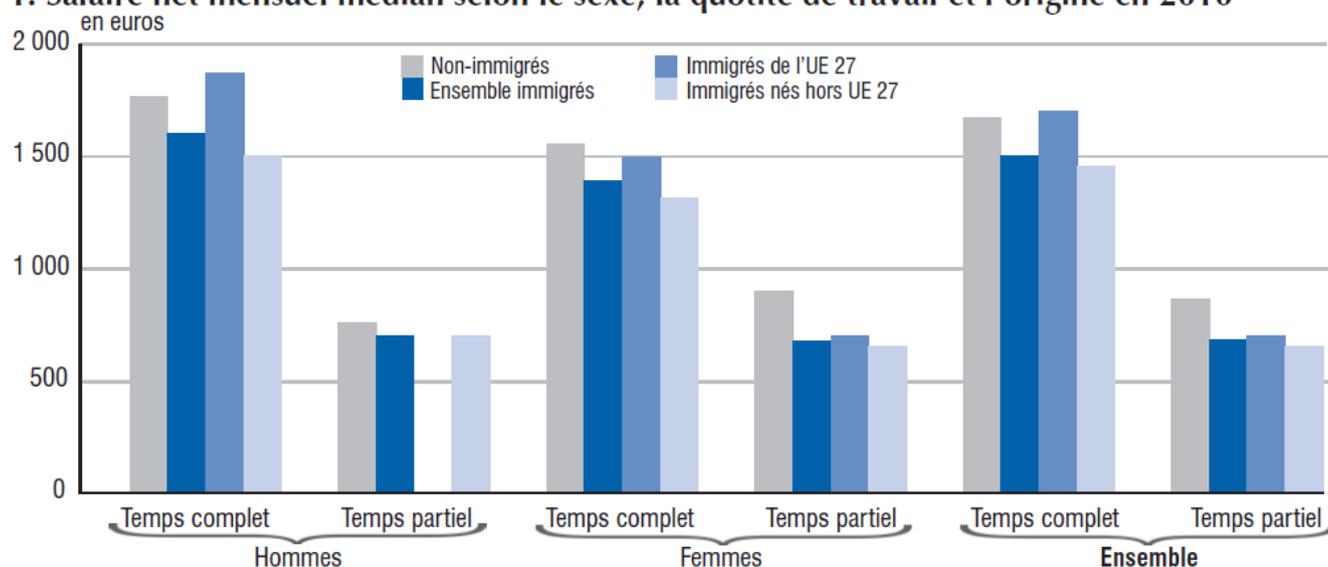
¹³² https://www.inegalites.fr/Chomage-des-immigres-le-poids-des-inegalites-sociales-et-des-discriminations?id_theme=24#nb3 [visité le 3 mai 2020].

b. Les immigrés, davantage exposés aux pénibilités au travail affectant leur état de santé

Maintenant, concernant les immigrés ayant accès au marché du travail, il est constaté qu'ils sont plus souvent exposés à certaines pénibilités que le reste de la population française. En effet, de par leur faible qualification, les postes auxquels les immigrés ont accès sont souvent des emplois très manuels, répétitifs, avec peu de responsabilité, peu de marge de manœuvre et peu de possibilité de progression, limitant chez les immigrés un éventuel épanouissement au travail. Il y a donc des pénibilités physiques, ainsi que psychologiques, pouvant nuire à la santé des immigrés qui sont sur le marché du travail¹³³.

Ainsi, que les immigrés travaillent ou non, leur santé est mise en jeu à plusieurs niveaux. De plus, leur niveau de ressources en général reste inévitablement inférieur au reste de la population française.

1. Salaire net mensuel médian selon le sexe, la quotité de travail et l'origine en 2010



Champ : France métropolitaine, salariés vivant en ménage ordinaire.

Note : les effectifs des salariés hommes immigrés à temps partiel sont trop faibles pour produire des résultats fiables.

Source : Insee, enquêtes Emploi 2010.

Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025> [visité le 1^{er} mai 2020].

¹³³ HAL, Carine Drapier, Nadiya Ukrayinchuk. *Les conditions de travail et la santé des immigrés : Seraient-ils plus résistants à la pénibilité au travail que les natifs*, 2012, disponible sur le site suivant : <https://hal.univ-lille3.fr/hal-00995048/document> [visité le 5 mai 2020], p. 1.

Selon cette enquête de l'Insee, menée en 2010, les immigrés vivant dans un ménage en France métropolitaine ont un salaire net mensuel médian de 1 400 euros, en combinant les revenus à temps complet et ceux à temps partiel, contre 1 550 euros chez les personnes non-immigrées. Cependant, si l'on enlève la part d'immigrés provenant de l'Union européenne, dont le salaire est approximativement équivalent au reste de la population française, le salaire des immigrés hors UE est de 1 300 euros. Parmi ces immigrés hors UE, 45% d'entre eux font partie des 30 % de salariés les moins bien payés¹³⁴.

Il est intéressant de constater que le salaire à temps plein médian des immigrés originaires de l'UE est nettement supérieur aux non-immigrés, notamment lorsqu'il s'agit des hommes. Cela s'explique principalement par les diplômes de ces immigrés, puisque des équivalences sont possibles entre pays de l'UE et qui leur permettent d'occuper des emplois avec une meilleure rémunération. Également, l'ancienneté en France ainsi que la maîtrise de la langue française sont des facteurs expliquant cette différence de salaire.

Il y a donc, d'une part, et à temps de travail et à diplôme égal, un salaire inférieur de 13% pour les immigrés qui ne sont pas originaires de l'UE par rapport aux non-immigrés, et d'autre part, on constate une proportion plus grande d'immigrés travaillant à temps partiel que le reste de la population française, justifiant le fait que les immigrés ont moins de ressources que le reste de la population. Ce phénomène est encore plus répandu parmi les femmes immigrées ne provenant pas de l'UE¹³⁵.

Le constat est le même pour ce qui est du niveau de vie des immigrés, qui est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation formant le ménage¹³⁶. En 2015, le niveau de vie annuel moyen d'une personne vivant dans un ménage constitué de personnes immigrées s'élève à 16 160 euros, contre 24 350 euros pour un ménage français. Cela constitue un écart de 34%. Ces écarts sont ici justifiés par le salaire inférieur des immigrés provenant d'autre part que l'UE par rapport au reste de la population, mais aussi parce que les immigrés sont plus souvent en temps partiel et que les ménages des immigrés sont souvent plus importants, divisant en plus de parts le revenu disponible. Ici également, les immigrés provenant de l'UE ont un niveau de vie bien supérieur à ceux qui ne sont pas originaires de l'UE, égal à 19 690 euros. Ainsi, il est estimé que 79.5% des personnes qui vivent dans un ménage composé de personnes immigrées ont un niveau de vie inférieur au niveau de

¹³⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025> [visité le 3 mai 2020].

¹³⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025>, op.cit.

¹³⁶ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1890> [visité le 6 mai 2020].

vie médian en France, alors que ce chiffre est à hauteur de 46,1 % pour les personnes vivant au sein de ménages non immigrés. De plus, 38.6 % des individus vivant dans un ménage composé de personnes immigrées sont considérés comme pauvres, ce qui est 3.5 fois supérieur aux ménages des non-immigrés¹³⁷.

On constate donc que financièrement, les immigrés sont fortement défavorisés. Un taux de chômage élevé, de moins bons salaires avec de forte pénibilité de travail, un niveau de vie inférieur au reste de la population sont des caractéristiques propres aux immigrés, notamment ceux qui sont issus d'un pays en dehors de l'Union Européenne. Il s'agit souvent de causes expliquant leur mauvais état sanitaire. De plus, il arrive régulièrement que les immigrés envoient de l'argent à leur famille et leur communauté, dans leur pays d'origine, afin de les aider financièrement. Ainsi, les immigrés français ont envoyé environ 10 milliards d'euros vers l'étranger, en 2014¹³⁸.

Au vu de cet état de santé dégradé, plusieurs dispositifs sont mis en place pour venir en aide aux immigrés.

¹³⁷ https://www.inegalites.fr/Les-immigres-frappes-par-la-pauvrete-et-les-bas-revenus?id_theme=24 [visité le 4 mai 2020].

¹³⁸ <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/06/17/20002-20150617ARTFIG00015-o-va-l-argent-des-travailleurs-migrants-europeens.php> [visité le 5 mai 2020].

B. Une grande diversité des dispositifs d'accès aux soins des immigrés

Il existe plusieurs dispositifs d'aide à l'accès aux soins des immigrés, mais ils divergent s'il s'agit d'immigrés réguliers (1) ou irréguliers (2). Notons cependant que ces dispositifs souffrent de plusieurs barrières propres à la population immigrée (3).

1. Les dispositifs existants pour les immigrés réguliers

Les immigrés réguliers, ayant donc un titre de séjour, peuvent avant tout bénéficier de la protection maladie de base s'ils travaillent. En effet, à travers leurs cotisations, payées à la fois par leur employeur et par eux-mêmes, ceux-ci seront automatiquement couverts par un régime de l'assurance maladie. Selon l'employeur et la politique de l'entreprise, les immigrés qui travaillent auront également des couvertures complémentaires d'office, ainsi que des surcomplémentaires, couvrant ainsi la totalité de leurs dépenses de santé¹³⁹. Afin de pouvoir travailler, les immigrés réguliers doivent être munis d'une autorisation de travail. Les visas ainsi que les cartes de séjour, pour la majorité, incluent automatiquement l'autorisation de travail. Pour ceux qui n'incluent pas cette autorisation, comme le Visa de court séjour Schengen, ou bien la Carte de séjour travailleur saisonnier, il est nécessaire de faire la démarche pour acquérir cette autorisation de travail. Ce sera d'ailleurs à l'employeur d'en faire la demande, s'il souhaite embaucher la personne concernée. La demande sera transmise à la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). La décision du service de la main d'œuvre étrangère de la Direccte interviendra dans un délai de 2 mois maximum. Au-delà de ce délai, s'il n'y a toujours pas de réponse, la demande est considérée comme refusée¹⁴⁰.

a. La Protection Universelle Maladie : une simplification des conditions de prise en charge des frais de santé

Pour les immigrés qui ne travaillent pas ou qui n'ont pas l'autorisation de travail, il existe la PUMA. Entrée en vigueur le 1er janvier 2016, la PUMA remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) et vient simplifier grandement les démarches à effectuer pour garantir la prise en charge des frais de santé.

¹³⁹ <https://www.previsima.fr/question-pratique/quest-ce-quune-surcomplementaire-sante.html> [visité le 16 mai 2020].

¹⁴⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2728> [visité le 16 mai 2020].

La PUMA a été instaurée par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2016 et permet à : « *Toute personne travaillante ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé* », selon l'article L160-1 du code de la sécurité sociale. Cette « *prise en charge* » implique un accès au soin certain pour les personnes couvertes, mais aussi le remboursement des soins, des prestations et des médicaments.

La notion de *résidence stable et régulière* signifie être résident en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. De même, la PUMA prendra en charge les personnes qui ont connu un changement de situation professionnelle, comme une perte d'emploi, ou bien un changement de régime pour la protection sociale. Ainsi, avec la PUMA, la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé est complètement assurée, et cela tout au long de la vie de l'assuré¹⁴¹.

De ce fait, la simplification qu'apporte la PUMA porte aussi bien sur les salariés que les sans-emplois, n'ayant plus à justifier d'une activité professionnelle minimale, puisque seule la résidence stable et régulière est nécessaire. Les travailleurs indépendants sont également couverts par la PUMA. Cependant, les étrangers n'ayant aucun titre ou document justifiant leur séjour en France ne peuvent y accéder.

Cela va permettre, entre autres, de ne plus solliciter les personnes pour apporter des justificatifs, de manière récurrente, pour faire valoir leurs droits à l'assurance maladie. De plus, le fait que chaque personne qui remplit les conditions de résidence peut bénéficier de la PUMA implique que la notion d'ayant droit est devenue obsolète : en effet, elle n'existe plus pour les personnes majeures et seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit¹⁴².

¹⁴¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308> [visité le 17 mai 2020].

¹⁴² <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie> [visité le 16 mai 2020].

b. La Complémentaire santé solidaire

A propos des couvertures complémentaires, ces dernières sont souvent payantes et permettent de couvrir la part non remboursée des frais de santé par la sécurité sociale. Cependant, étant donné qu'une part importante d'immigrés vivent dans la précarité, la plupart d'entre eux n'ont pas accès à ces couvertures complémentaires payantes. C'est pourquoi il existait la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), deux dispositifs permettant aux plus démunis d'avoir accès à une couverture complémentaire, qui sont désormais fusionnés au sein de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

La CMU-C est une complémentaire santé qui se veut gratuite, destinée aux personnes qui ont de trop faibles ressources pour accéder à une complémentaire payante. Cette CMU-C permettait de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé sans faire l'avance des frais (le tiers payant), ce qui est normalement exigé pour une couverture maladie complémentaire. Un problème inhérent à la CMU-C est que, comme évoqué précédemment, certains professionnels de santé refusent de soigner les bénéficiaires de la CMU-C, car les dépassements d'honoraires sont interdits. Autres dérives, certains professionnels de santé, conventionnés au secteur 2 (ayant donc des tarifs libres), se permettent de facturer aux bénéficiaires de la CMU-C des dépassements d'honoraires¹⁴³.

La CMU-C était accordée pour une durée d'un an, mais cette dernière était renouvelable, à condition d'en faire la demande annuellement. Pour pouvoir en bénéficier, il fallait résider de manière stable et régulière sur le territoire français depuis au moins 3 mois, comme la PUMA, ainsi que d'avoir des revenus inférieurs à certain un plafond, variant en fonction de la composition du foyer. A noter que le délai de 3 mois n'est pas applicable pour les étrangers qui sont en demande d'asile, soit s'ils sont reconnus réfugiés, soit s'ils sont bénéficiaires de certaines prestations, comme l'allocation aux personnes âgées, un revenu de remplacement, l'allocation aux adultes handicapés...¹⁴⁴

Concernant l'ACS, c'était une aide dans le but d'aider les personnes limitées financièrement et pouvant rencontrer des difficultés à payer les couvertures complémentaires.

¹⁴³https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/05/plus-de-700-medecins-imposent-aux-plus-pauvres-des-depassements-d-honoraires_3490469_1651302.html [visité le 17 mai 2020].

¹⁴⁴<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13315> [visité le 18 mai 2020].

Cette aide se matérialise par la réduction du coût de la complémentaire santé. Plusieurs autres aides sont attribuées grâce à l'ACS, mais elles ne sont plus d'actualité aujourd'hui, étant donné que l'ACS comme la CMU-C ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS) depuis le 1^{er} novembre 2019¹⁴⁵.

De son côté, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé. Pour les anciens bénéficiaires de l'ACS, la CSS ouvre les mêmes droits, avec une faible participation financière (1 € par jour par personne présente dans le foyer).

En plus de la prise en charge de la part complémentaire, la CSS ouvre droit à d'autres avantages. Premièrement, tout comme la CMU-C, les tarifs médicaux ne donneront lieu à aucun dépassement d'honoraires dans le cadre du parcours de soins. Le forfait journalier hospitalier est entièrement pris en charge en cas d'hospitalisation. Notons aussi l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin. Également, le bénéficiaire de la CSS n'aura pas à faire l'avance des frais médicaux, c'est-à-dire le tiers payant. Enfin, parmi les avantages les plus importants, existent des forfaits de prise en charge pour certains dispositifs médicaux, tels que les fauteuils roulants ou les pansements¹⁴⁶.

Pour pouvoir bénéficier de la CSS lorsque le demandeur est un étranger, il faut avoir un titre de séjour valide pour séjourner en France et y résider de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Cependant, ce délai n'est pas à respecter lorsque la personne est affiliée à un régime obligatoire de sécurité sociale à travers une activité professionnelle, ou bien lorsque la personne est demandeur d'asile, ou a bénéficié du statut de réfugié. L'organisme d'assurance maladie qui sera en charge de la demande aura un délai de 2 mois pour répondre. S'il n'y a toujours pas de réponse après ce délai, alors la demande est réputée être acceptée. La CSS est accordée pour la durée d'une année et peut être renouvelée de manière expresse¹⁴⁷.

¹⁴⁵ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/> [visité le 18 mai 2020].

¹⁴⁶ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire> [visité le 19 mai 2020].

¹⁴⁷ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027> [visité le 20 mai 2020].

2. Dispositifs existants pour les immigrés irréguliers

Pour les immigrés n'ayant pas de titre de séjour et qui résident donc de manière irrégulière en France, l'accès aux soins est plus difficile, car certains dispositifs ne leur sont pas ouverts, à l'instar de la PUMA. A la place, il existe d'autres dispositifs d'accès aux soins prévus dans le cas spécifique des étrangers en situation irrégulière.

a. L'Aide Médicale d'Etat, essentielle à l'accès aux soins des plus démunis

Avant tout, il existe l'Aide Médicale d'Etat (AME), qui est un dispositif gratuit permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Cette aide permet, entre autres, de lutter contre les exclusions d'étrangers irréguliers en situation précaire en leur permettant un accès aux soins.

L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Les frais ne sont pas à avancer non plus, contrairement aux dispositifs normaux de sécurité sociale, qui remboursent les frais payés par la personne¹⁴⁸.

L'AME ne permet cependant pas d'accéder à tous types de soins. En effet, certains frais médicaux ne sont pas pris en charge : les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation ; les médicaments à service médical rendu faible remboursé à 15 % ; les cures thermales. A nouveau, ces règles ne sont pas valables pour les mineurs, pour qui les frais médicaux restent pris en charge à 100 % dans tous les cas.

Afin de bénéficier de l'AME, il est nécessaire de répondre à des conditions de résidence et de ressources spécifiques.

Tout d'abord, concernant la condition de résidence, il est indispensable d'être en séjour irrégulier et de n'avoir entamé aucune procédure de régularisation du séjour. Autrement dit, il ne faut avoir aucun titre de séjour pour être éligible à l'AME. La personne doit également résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, c'est-à-dire avoir une résidence stable. Si la personne est sans domicile fixe, elle peut élire résidence auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée. Cette condition de

¹⁴⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079> [visité le 20 mai 2020].

résidence stable n'est cependant pas applicable aux enfants mineurs et peuvent bénéficier sans délai de l'AME¹⁴⁹.

Pour ce qui est des conditions de ressources, ces dernières ne doivent dépasser un certain plafond, qui varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer. A noter que l'AME peut aussi être accordée, exceptionnellement, à titre humanitaire lorsque la situation sanitaire de la personne présente un danger vital. Cette décision appartient au ministre chargé de l'action sociale. En pratique, l'AME attribué à titre humanitaire reste relativement rare.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) sera en charge de la demande et aura un délai de 2 mois pour répondre à cette demande d'AME. A défaut de réponse, la demande est réputée refusée¹⁵⁰.

L'AME est attribuée pour une durée d'un an et peut être étendue à certains membres du foyer du demandeur comme le conjoint et les enfants à charge. Attention, cette aide ne s'étend pas aux membres de la famille qui résident à l'étranger et qui sont en visite en France. L'AME est renouvelable au travers une demande expresse. Il est également important de mentionner que tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME, alors qu'en pratique, cela n'est pas toujours respecté, comme mentionné précédemment. En effet, il est estimé qu'un tiers des immigrants qui bénéficiaient de l'AME ont déjà fait face à un refus de soins par un professionnel de santé¹⁵¹.

b. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : un accompagnement et une orientation d'un public précaire

Viennent ensuite les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui permettent aux personnes les plus démunies, souvent sans droits, d'accéder à des soins ainsi qu'à leurs droits. C'est la loi du 29 juillet 1998, relative aux luttes contre les exclusions, qui instaure ces PASS, à son article 76. L'objectif principal de ces PASS étaient de : « *permettre l'accès aux soins ambulatoires de toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital, en facilitant en particulier l'ouverture des droits à la couverture maladie*¹⁵² ».

¹⁴⁹ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame> [visité le 20 mai 2020].

¹⁵⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>, op.cit.

¹⁵¹ DREES, Bénédicte Boisguérin et Brigitte Haury, *Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins*, Etudes et résultats, n°645, 2008, p.6.

¹⁵² Rapport Médecins du Monde, 2017, op.cit, p.59.

Aujourd'hui au nombre de 430 sur le territoire, ces PASS sont désormais régies par l'article L6112-6 du code de la santé publique, qui dispose que : « *Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* ».

En conséquence, les missions principales du PASS se dessinent par elles-mêmes : accompagner et orienter les différentes personnes qui connaissent une forte précarité. Cependant, les missions des PASS s'étendent à bien plus que cela. Effectivement, ces missions sont tirées du Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du projet des Agences régionales de santé¹⁵³.

Selon les PRAPS, ces PASS ont avant tout comme mission de faire de la prévention, surtout vis-à-vis d'une population précaire. La prévention va aussi passer par l'accompagnement des personnes qui consultent les PASS, pour faire valoir leurs droits d'une part, mais aussi, et plus particulièrement, leur permettre d'accéder à une couverture sociale d'autre part (PUMA, CMU complémentaire, aide médicale), ainsi que de les renseigner sur certaines procédures, ou dispositifs de prévention, comme tout ce qui concerne les méthodes de contraception, d'IVG, ou d'accueil de leurs enfants. Les PASS permettent également de faire le lien avec les Conseils généraux et les services d'aide sociale et de Protection Maternelle et Infantile (PMI), mais aussi assurer un suivi de la population reçue. Enfin, les PASS ont pour mission d'informer et d'orienter les personnes dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation vers les structures d'accueil et d'accompagnement social¹⁵⁴.

Les PASS sont donc destinées aux personnes en situation de grande précarité économique et sociale, pour qui il est important de faciliter l'accès au système de santé et de les accompagner dans leurs démarches. Ce dispositif, implanté directement dans les hôpitaux, n'est pas spécifique aux étrangers ayant un séjour irrégulier sur le territoire, mais il s'agit néanmoins d'un des publics les plus importants parmi les personnes qui consultent les PASS.

¹⁵³ <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0?parent=4228> [visité le 21 mai 2020].

¹⁵⁴ <https://www.cnle.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins.html> [visité le 21 mai 2020].

En effet, une étude menée en 2003 dans les PASS a permis de mettre en évidence le type de public accueilli dans ces permanences. Les 4 716 patients ayant accepté de participer étaient soit des personnes exclues des droits sociaux, donc sans couverture, soit des personnes présentant un risque de mauvaise adhésion aux soins, en raison d'un handicap, d'une addiction, ou de circonstances particulières, comme un logement insalubre. Approximativement 75% de la population reçue par les PASS était étrangère, tandis que plus de la moitié de la population totale étaient soit originaire du Maghreb, soit d'Afrique subsaharienne. Sur le plan de la précarité, un peu plus de deux tiers des participants habitaient dans un logement précaire ou simplement sans domicile.

Il a été reconnu que les pathologies pour lesquelles était soigné le public en PASS variait beaucoup selon plusieurs facteurs. L'origine géographique, le sexe, le lieu de vie ainsi que l'âge sont autant de caractéristiques qui vont venir différencier les pathologies de la population consultant les PASS. Par exemple, les étrangers présentent davantage de pathologies digestives et/ou ostéo-articulaires, tandis que les Français sont bien plus touchés par des troubles psychiatriques¹⁵⁵.

Que la personne ait déjà une couverture partielle ou bien aucune couverture maladie, les PASS proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes. Ils sont implantés au sein des hôpitaux afin de pouvoir bénéficier de tous les dispositifs techniques que possède un hôpital, comme un service de radiologie, un laboratoire de biologie médicale, ou bien encore une pharmacie¹⁵⁶.

c. Le dispositif des soins urgents : l'ultime recours pour les soins vitaux

Enfin, il existe la prise en charge des soins urgents à l'hôpital. Il s'agit d'un dispositif créé entre autres pour les étrangers résidant en France de manière irrégulière non admissibles à l'AME. C'est le cas lorsque la personne est en situation irrégulière en France depuis moins de 3 mois, ou bien lorsque la demande d'AME de la personne n'a pas abouti.

Les soins urgents prennent en charge les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de celui d'un enfant à naître. Sont également pris en charge les soins destinés à éviter la propagation

¹⁵⁵ CAIRN, Valérie Pfister, Loriane Guiboux, Juliane Naitali, *Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner*, no 182, 2014, p. 106.

¹⁵⁶ <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0?parent=4228>, op.cit.

d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité, comme par exemple la tuberculose. Ces soins concernent aussi tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, pre et post-partum (accouchement inclus). Ces soins prennent en charge les interruptions de grossesse, aussi bien celles volontaires que celles pour raisons médicales. Enfin, les soins dispensés à des mineurs sont aussi pris en compte dans les soins urgents dispensés à l'hôpital.

Ce sera l'Assurance Maladie qui prendra en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués. Cela comprend également les médicaments prescrits au cours de ces soins (dans la limite des tarifs de la sécurité sociale). De plus, tout comme l'AME, les personnes recourant aux soins urgents ne devront pas faire l'avance des frais pour les soins effectués¹⁵⁷.

¹⁵⁷ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents> [visité le 23 mai 2020].

3. Les barrières et motifs de renonciation aux soins des immigrés comme freins majeurs à l'efficacité des dispositifs d'aide et de soins

Parmi les immigrés, en addition d'une santé dégradée en raison d'une multitude de facteurs, il est également reconnu que cette population a moins recours aux soins et aux professionnels de santé de manière générale soit parce que cela résulte de la volonté de la personne, soit parce que plusieurs barrières empêchent les immigrés d'accéder aux soins.

a. Le renoncement aux soins par les immigrés : les freins linguistiques, culturels et juridico-administratifs

Une étude provenant du département des statistiques, des études et de la documentation, parue en 2015, met en avant le faible recours aux soins des immigrés, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, les dentistes, les spécialistes et les urgences, sur les 12 derniers mois¹⁵⁸ :

	Femmes	Hommes	Ensemble
Généraliste (G)	12	22	16
Dentiste (D)	50	54	51
Spécialiste (S)	40	70	53
Ensemble (GDS)	6	13	9
Urgence	76	81	78

Source : Département des statistiques, des études et de la documentation, *Infos Migrations – Le recours aux soins des nouveaux migrants*, no 76, juin 2015, disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjG5d7EnczIAhXNx4UKHSztAc8QFjACegQIABAH&url=https%3A%2F%2Fwww.immigration.interieur.gouv.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F84442%2F618954%2Ffile%2FIM_76_recours_soins.pdf&usg=AOvVaw2Ji9G40PycnbaSZAx0XXm0 [visité le 12 mai 2020], p. 1.

¹⁵⁸ Département des statistiques, des études et de la documentation, *Infos Migrations – Le recours aux soins des nouveaux migrants*, no 76, juin 2015, disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjG5d7EnczIAhXNx4UKHSztAc8QFjACegQIABAH&url=https%3A%2F%2Fwww.immigration.interieur.gouv.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F84442%2F618954%2Ffile%2FIM_76_recours_soins.pdf&usg=AOvVaw2Ji9G40PycnbaSZAx0XXm0 [visité le 12 mai 2020], p. 1.

On constate que, par exemple, 16% des immigrés renoncent à consulter un médecin généraliste, alors que cela ne concerne que 11% du reste de la population en France¹⁵⁹. Si les soins dentaires figurent parmi les soins les plus renoncés, autant chez les Français que chez les immigrés, ce sont les urgences qui sont les plus évitées par les immigrés, à hauteur de 78%. Il est intéressant de constater que les femmes ont une tendance à moins renoncer aux soins, particulièrement en ce qui concerne les spécialistes.

Ainsi, les immigrés font face à de nombreuses difficultés restreignant leur accès aux soins, ou même limiter la bonne application de ces soins. Nous allons donc passer en revue les principales raisons de renonciation aux soins des immigrés.

Tout d'abord, l'existence d'un obstacle linguistique pour les personnes immigrées ne parlant peu ou pas suffisamment le français. Pour beaucoup des professionnels de santé, c'est la principale des difficultés qui serait spécifique aux personnes immigrées. Cela peut entraîner une mauvaise observance des prescriptions, ou bien simplement le non-recours aux soins. De plus, la « barrière de la langue » peut aussi être à la source de diagnostics inadaptés ou incomplets de la part du soignant, notamment lorsque les informations transmises sont déformées par le patient¹⁶⁰.

Pour pallier ce problème, il existe l'interprétariat non professionnel, réalisé par un membre de la famille, souvent les enfants. Mais cela pose le problème du secret médical et l'interprète n'est pas neutre, ce qui peut altérer la nature de l'information. *A contrario*, L'interprétariat professionnel permet de contourner ces difficultés, en permettant d'avoir une restitution objective et exhaustive du message, ainsi que l'impartialité et la confidentialité. Le problème étant que ces interprètes professionnels nécessitent rémunération, ce que beaucoup d'établissements refusent et donc se passent de ce service, pourtant essentiel dans beaucoup de cas¹⁶¹. De plus, il a été reconnu que recourir à ces professionnels améliore le dialogue entre le patient et le soignant, évitant la multiplication des rendez-vous et facilitant l'adhésion au

¹⁵⁹ <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/service-patient/lutte-contre-le-renoncement-aux-soins> [visité le 12 mai 2020].

¹⁶⁰ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html> [visité le 12 mai 2020].

¹⁶¹ IREPS Education santé Rhône-Alpes, ISM Corum, *Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées*, septembre 2012, disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwiIvaut6ZLpAhVx8eAKHSTcBFsQFjADegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fireps-ara.org%2Factualite%2Faction_dl.asp%3Faction%3D999%26idz%3Da0dee88295d33afbc1059d326ed32091&u sg=AOvVaw3qy9Syqpt034S1AtbuZhpl [visité le 13 mai 2020], p. 28 ; 29.

traitement et suivi médical du patient ; les erreurs de diagnostic sont également diminuées. Tous ces éléments ont pour conséquence essentielle de réduire le retard ou l'absence de recours aux soins de la part des immigrés.

Il existe également des freins culturels, où les soins prodigués sont en désaccord avec les anciennes traditions des immigrés. Effectivement, la méconnaissance réciproque de l'Autre, de sa culture, peut conduire à des conflits dont l'issue est souvent néfaste : « fugue » du patient, violence, rupture de suivi, inobservance thérapeutique... De plus, une différence culturelle profonde peut également entraîner des représentations différentes sur le corps, la santé ou bien la maladie elle-même. Alors quand il s'agit d'expliquer aux professionnels de santé les symptômes, ou bien lorsque les soins proposés ne sont pas en adéquation avec la culture du patient, cela va augmenter la renonciation aux soins de la part des immigrés¹⁶².

Sur le plan juridico-administratif, il est peu surprenant de constater que les immigrés font face à des difficultés, notamment pour la connaissance de leur droit spécifique et la constitution d'un dossier avec les bons documents. Ces difficultés sont particulièrement mises en avant par les professionnels qui accompagnent les publics immigrés. Effectivement, la complexité du système français et la « trop » grande diversité des dispositifs participent grandement à une vision très opaque du système sanitaire français du point de vue des immigrés. C'est un problème assez paradoxal, dans la mesure où la France se place parmi les pays où les droits accordés aux immigrés sont les plus avantageux et pourtant les barrières administratives et juridiques figurent parmi les premiers obstacles. Dans le Cas de Médecins du Monde de Grenoble, voici ce dont témoigne l'un des usagers immigrés en 2017 : « *Je ne peux plus aller chez le médecin parce que je n'ai plus de papiers, je n'ai plus de mutuelle, c'est tellement compliqué leur truc, la CMU ils demandent une tonne de papiers, je n'ai pas encore fait. Ça fait six mois que je cours dans tous les sens soit pour les soins soit pour les papiers* »¹⁶³. De plus, la forte dématérialisation des services publics complique l'accès aux droits et aux soins des immigrés. En effet, étant à la fois sous dotés en appareil informatique et ne maîtrisant l'outil Internet, lesdits immigrés ne peuvent plus faire de leur domicile les démarches administratives. Ils sont donc obligés de se rendre dans une structure qui leur permet de faire ces procédures, ou

¹⁶² Zeinab Farhad, Romain Vadeleux, sous la direction de Jean-Pierre Michaud, Haute Ecole de Santé Vaud, *La compétence culturelle pour une amélioration des soins auprès des immigrants en milieu hospitalier*, 2018, p. 10. Disponible sur le site suivant :

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=2ahUKewj1npPh6pLpAhU5AmMBHdP9BEwQFjAJegQIChAB&url=https%3A%2F%2Fwww.patrinum.ch%2Frecord%2F176011%2Ffiles%2FHESAV_TB_Farhad_2018.pdf&usg=AOvVaw2hHvmgDBC0mZ1fd9V7O4Qv [visité le 14 mai 2020], p. 10.

¹⁶³ Médecins du Monde, rapport de 2017, op.cit, p. 63.

bien une autre personne se charge de faire les démarches à leur place, ce qui n'est pas toujours possible. Cela vient grandement compromettre le principe d'égalité d'accès aux services publics et renforce davantage encore certaines inégalités déjà existantes, puisqu'une part non négligeable d'immigrés sont tout simplement exclus de ces procédures informatiques.

Toujours sur le plan juridico-administratif, il est également constaté par les associations de nombreux dysfonctionnement de la part des structures gérant les dossiers des immigrés, en adoptant des pratiques abusives vis-à-vis de cette population. Perte de dossiers, demandes injustifiées de documents, refus d'accepter l'adresse déclarative, sont des exemples démontrant une réelle inégalité entre les immigrés eux-mêmes et la population générale, mais aussi une forme de rudesse dans l'accueil des immigrés par les administrations¹⁶⁴.

S'ajoute à cela, pour les étrangers en situation irrégulière, la peur d'être arrêtés puis exclus de France. Cette crainte a limité une majorité d'entre eux dans leurs déplacements, ne favorisant pas l'avancée de leurs démarches administratives.

b. Une couverture maladie parfois minimale ou inexistante : une difficulté de prise en charge et causes d'une discrimination par les professionnels de santé

De ces complexités administratives découle également le fait que les immigrés sont moins bien couverts, aussi bien en ce qui concerne la couverture maladie de base que les complémentaires santé, comme vu précédemment, ce qui ajoute une barrière supplémentaire à l'accès aux soins. Pour les personnes ayant des ressources ne dépassant par un certain plafond, elles peuvent bénéficier de la CSS afin de prendre en charge la part complémentaire des dépenses de santé. Cela peut pallier le problème lié au manque de couverture de la complémentaire santé parmi les immigrés.

Cependant, les bénéficiaires d'une telle aide sont parfois refusés par certains professionnels de santé, malgré le fait que cela soit parfaitement interdit dans le code de la santé publique. Cela vient créer une forme de discrimination à leur égard, renforçant les barrières d'accès aux soins pour les immigrés. Ce constat, dénoncé par le Défenseur des Droits, est le même pour ceux bénéficiant de l'AME et qui sont parfois refusés par certains professionnels de santé. Dans une enquête réalisée par l'organisation de la direction de la recherche, des études,

¹⁶⁴ Rapport Médecins du Monde, 2017, op.cit, p.63.

de l'évaluation et des statistiques (DREES), un tiers des immigrés qui bénéficiaient de l'AME ont déclaré avoir déjà fait face à un refus de soins par un professionnel de santé¹⁶⁵.

Cette discrimination pratiquée par certains professionnels peut aussi être tournée vers les immigrés car c'est une population à laquelle il est facile de rattacher des stéréotypes et des aspects négatifs (mauvaise hygiène, pauvreté...) ¹⁶⁶.

Également, une partie des immigrés en France est tout simplement exclue de tout dispositif de couverture maladie. Selon Médecins du Monde en 2017, 30% des personnes reçues dans les CASO n'ont aucune couverture maladie, principalement en raison du fait qu'elles ne remplissent pas le critère de résidence stable et régulière de minimum 3 mois, nécessaire pour pouvoir bénéficier de la PUMA ou de l'AME. Cependant, c'est approximativement 86% des immigrés reçus qui n'ont aucune couverture maladie, quand bien même la plupart y ont droit¹⁶⁷.

TABLEAU 19 - DROITS THÉORIQUES ET EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO¹, 2017

	Droits théoriques		Droits effectifs	
	%	n	%	n
Assurance maladie (PUMa)	26,9	5 397	6,2	1 337
AME	42,8	8 598	5,2	1 132
Couverture de base européenne/VISA	1,2	252	1,9	421
Aucun droit à une couverture maladie	29,1	5 848	86,7	18 810

Taux de réponse : droit théorique : 82,6 % ; droits effectifs : 89,2 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

Source : Médecins du Monde, rapport de 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf> [visité le 3 avril 2020], p. 58.

Si le public accueilli en CASO est particulièrement précaire et pas nécessairement représentatif de l'ensemble des immigrés, les chiffres sont tout de même lourds de sens et soulignent à quel point le système de santé en France est méconnu des immigrés et que les démarches administratives sont particulièrement complexes pour faire valoir leurs droits,

¹⁶⁵ Bénédicte Boisguérin et Brigitte Haury, DREES, *Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins*, Etudes et résultats, n°645, 2008, p.6.

¹⁶⁶ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cmu-ame-et-refus-de-soins-le-defenseur-des-droits-tance-les-plateformes-de-rendez-vous-medicaux> [visité le 15 mai 2020].

¹⁶⁷ Rapport Médecins du Monde, 2017, op.cit, p. 58.

surtout pour des personnes ne maîtrisant pas parfaitement la langue française, ni les institutions du pays. Alors que 26.9% des immigrés qui ont consulté un CASO devraient être couverts par la PUMA, seuls 6.2 % l'étaient réellement. Cet écart est encore plus marqué pour ceux qui bénéficient de l'AME (5.2%) et ceux qui devraient théoriquement en bénéficier (42.8%).

c. Le renoncement aux soins pour raisons financières

Il existe aussi des difficultés liées au logement. En effet, voici ce que déclare un travailleur social appartenant à une association d'aide aux personnes immigrés : « *J'ai accompagné une famille avec deux enfants atteint de saturnisme. A un moment donné cette mère de famille refuse d'aller à l'hôpital parce que disait-elle : « Je ne vois pas pourquoi je vais tout le temps à l'hôpital. Mon problème c'est le logement » »* Cela montre que parfois, la santé n'est pas la priorité pour les immigrés, malgré un besoin objectif et concret de soins. Cela se rattache au niveau de vie de cette population et le fait que les soins, en plus d'être chers, sont un poste de dépenses secondaires pour certains, qui passe après le logement, l'eau l'électricité...¹⁶⁸.

Le problème financier étant un élément important du renoncement aux soins, il est logique de constater que les classes socio-économiques plus élevées ont un taux de renoncement moins fréquent que les classes socio-économiques plus faibles, les immigrés faisant souvent partie de ces dernières classes. De plus, les personnes de ces classes moins aisées ont également une tendance à plus renoncer aux soins, car ils ont généralement une vision qui s'étend moins sur le long terme, investissant moins sur leur santé, à sexe, âge et état de santé égaux. Selon les CASO de Médecins du Monde, parmi les immigrés qui ont déjà renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, 8 personnes sur 10 ont déclaré que ce fut pour des raisons financières¹⁶⁹.

¹⁶⁸ IREPS Education santé Rhône Alpes, ISM Corum, étude de septembre 2012, op.cit, p. 34.

¹⁶⁹ Rapport Médecins du monde, 2017, op.cit, p. 60.

d. Le cas spécifique de renoncement aux soins des personnes âgées et femmes immigrées

Concernant le cas plus spécifique des personnes âgées immigrées, leur situation économique et administrative de « travailleur immigré retraité » (ayant donc cotisé) correspond à des ressources de retraite très limitées. De plus, cette population en particulier connaît un isolement assez conséquent : ainsi, en cas de maladie, ces personnes sont seules et ne connaissent pas réellement leurs droits. Il est également reconnu qu'avec l'âge, le renoncement aux soins devient de plus en plus prononcé. Les personnes âgées immigrées sont, pour ces raisons évoquées, particulièrement sujettes au renoncement aux soins¹⁷⁰.

Sur le même plan, les femmes immigrées sont des cas spécifiques. Dans certaines cultures, parmi les immigrés, la femme n'est pas autorisée à prendre l'initiative d'accéder aux soins et ne peut pas vivre de manière autonome, ce qui va venir entraver son bon état sanitaire (malgré le fait que les femmes renoncent moins aux soins que les hommes)¹⁷¹.

Pour résumer les difficultés que peuvent rencontrer les immigrés dans l'accès aux systèmes de santé et leurs motifs de renoncement au soins, Médecins du Monde a listé par importance les principaux obstacles rencontrés par les immigrés ayant consulté un CASO :

FIGURE 9 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2017



¹⁷⁰ Département des statistiques, des études et de la documentation, juin 2015, op.cit , p.2.

¹⁷¹ IREPS Education santé Rhône-Alpes, ISM Corum, septembre 2012, op. cit. p. 41.

Source : Médecins du Monde, rapport de 2017, disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf> [visité le 3 avril 2020], p. 64.

Ainsi, les immigrés font face à de multiples barrières et limites dans leur accès aux soins, au point qu'ils en viennent eux-mêmes à renoncer à certains soins, favorisant certaines maladies graves et hospitalisations. Les professionnels de santé, bien conscients de cette situation, sont pourtant incapables d'agir car le système ne le permet pas. Malgré tout, ces derniers préconisent plusieurs aspects pour atténuer les barrières entre les immigrés et l'accès aux soins¹⁷². Parmi les principaux leviers d'action existe le levier financier, qui permettrait aux structures d'accueillir dans de meilleures conditions les immigrés, notamment en ce qui concerne l'interprétariat professionnel, ou bien alors permettrait à un plus grand nombre de professionnels de se déplacer au domicile des immigrés.

Dans la même optique, les professionnels de santé insistent sur le fait que davantage de temps passé avec les immigrés serait très bénéfique. En effet, prendre le temps de bien expliquer un traitement, l'effet d'un médicament, ou bien simplement expliquer comment fonctionne le système de santé en France, permettrait *in fine* à de nombreux immigrés d'avoir un meilleur état de santé.

Également, les professionnels de santé préconisent le travail en réseau pour permettre un meilleur accompagnement des immigrés entre les différentes structures. D'après eux, cela pourrait rassurer les immigrés, qui se sentiraient mieux suivis et auront moins tendance à ne pas aller aux rendez-vous.

Ces principaux leviers d'action peuvent paraître idéalistes pour les professionnels de santé car, à l'échelle individuelle, il est parfois difficile d'engager ce type d'action. Bien plus qu'une simple décision collective, ces idéaux ne sont atteignables qu'à travers des réformes, où le système s'adaptera à cette population. Autrement, les barrières aux soins et les motifs de renonciation ne peuvent que perdurer, voire s'aggraver pour les immigrés.

¹⁷² IREPS Education santé Rhône-Alpes, ISM Corum, septembre 2012, op. cit. p. 18.

Conclusion

En conclusion, la santé des immigrés en France est une véritable problématique. Plus que cela, la complexité qui entoure leur accès aux soins est la conséquence de nombreux facteurs : politique, sociologique, culturelle, financière... Une complexité d'autant plus dure à contourner puisque les difficultés sont présentes dès le pays d'origine des immigrés. Les guerres, les conflits, les persécutions sont autant de raisons qui poussent les immigrés à fuir leur pays. Le trajet, traumatisant pour la plupart, ainsi que les conditions d'accueil dans le pays, conduisent irrémédiablement à un même constat : les dispositifs mis en place ne sont pas suffisants.

Même une fois arrivés en France, ceux qui fuient leur pays sont loin d'en avoir fini. La multitude de procédures par lesquelles il est nécessaire de passer, notamment pour être reconnu réfugié, rend le processus extrêmement long. Par ailleurs, lorsque la procédure Dublin est reconnue (une procédure plus que controversée de par ses failles et selon laquelle un autre pays est responsable de la demande d'asile), certains droits fondamentaux des personnes sont bafoués, à commencer par leur liberté d'aller et venir. Il est en effet courant d'enfermer les « dublinés » afin d'éviter une éventuelle fuite.

Cependant, il ne suffit pas d'avoir un séjour régulier en France et d'être passé au travers toutes les étapes de régularisation pour avoir un bon état de santé. C'est un constat, la santé des immigrés est moins bonne que celle des Français. Il a été suffisamment démontré au cours de ce Mémoire que la santé est la résultante d'une multitude de facteurs et qu'elle est souvent reléguée au second plan pour les immigrés, derrière le logement ou bien la nourriture. Notons également les nombreuses barrières à l'accès aux soins des immigrés, qui ne sont malheureusement pas toujours prises en compte par les professionnels de santé (linguistiques, culturels, juridico-administratives).

Or, le principal problème est que les immigrés ne sont pas que de personnes. Il s'agit aussi de mentalités, de modes de vie, de cultures complètement différentes de celles françaises voire européennes. Mais il s'agit également de stéréotypes, de discriminations qui sont faites à leur égard. Tous cela combiné, les barrières pour l'accès aux soins se cumulent très vite et l'état de santé des immigrés se dégrade.

Également, le besoin en soins des immigrés n'existe qu'à un à un instant donné ; or, leur précarité reste la même, ne permettant pas d'améliorer de manière pérenne leur état de santé. Plus globalement, il paraît plus évident qu'il faut prendre en compte l'entièreté de la personne et de tout ce que cela recèle comme complexité, notamment pour les immigrés qui ont fui leur pays.

Finalement, au-delà de la culture, il faut également prendre en compte le volet de l'intégration. Peu importe la nature de l'intégration (sociale, professionnelle...), c'est à travers celle-ci que les cultures se comprennent, que les individus ont le sentiment d'appartenance et d'estime, une condition nécessaire à la bonne santé des immigrés sur le long terme. Même si cela est idéaliste et que moult autres facteurs rentrent dans l'équation, il n'existe pas de bonne santé sans intégration et inversement, il n'y a guère d'intégration sans une bonne santé préalable.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS

Bull. Acad. Natle Méd., 2017, 201, nos 4-5-6, 567-587, séance du 20 juin 2017, disponible sur le site suivant : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/567-588.pdf> [visité le 2 mai 2020].

Comede, Rapport d'activité et d'observation, *La Santé des exilés*, 2019, p. 72 ; 82. Disponible sur le site suivant : <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf> [visité le 23 avril 2020].

Comede, Pascal Revault, Maud Giacomelli, Olivier Lefebvre, Arnaud Veisse, Khalda Vescovacci, *Infection par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016*, 3 février 2017, p.273 ; 274.

Comede, rapport sur les migrants et étrangers en situation précaire / Soins et Accompagnement, édition de 2015, p.420, disponible sur le site suivant :

http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf [visité le 12 mars 2020].

Département des statistiques, des études et de la documentation, *Infos Migrations – Le recours aux soins des nouveaux migrants*, no 76, juin 2015, p. 1 ; 2. Disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjG5d7EnczlAhXNx4UKHSztAc8QFjACegQIABAH&url=https%3A%2F%2Fwww.immigration.interieur.gouv.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F84442%2F618954%2Ffile%2FIM_76_recours_soins.pdf&usq=AOvVaw2Ji9G40PycnbaSZAx0XXm0 [visité le 12 mai 2020].

DREES, Bénédicte Boisguérin et Brigitte Haury, *Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins*, Etudes et résultats, n°645, 2008, p.6.

Fondation Abbé Pierre, rapport annuel no 23, l'état du mal-logement en France, 2018, p. 85 ; 90. Disponible sur le site suivant : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/23e_rapport_sur_letat_du_mal-logement_en_france_2018_-_le_rapport_complet.pdf [visité le 4 mai 2020].

HAL, Carine Drapier, Nadiya Ukrayinchuk. *Les conditions de travail et la santé des immigrés : Seraient-ils plus résistants à la pénibilité au travail que les natifs*, 2012, p. 1. Disponible sur le site suivant : <https://hal.univ-lille3.fr/hal-00995048/document> [visité le 5 mai 2020].

Hôpitaux Universitaires Genève, Delphine Amstutz, Joëlle Bonin, Daniela Da Costa *Alimentation des personnes migrantes*, mercredi 25 janvier 2017, disponible sur le site suivant : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/alim_migration_25.01.pdf [visité le 3 mai 2020].

IRDES, Marie-Odile Safon, *La santé des migrants – Bibliographie thématique*, février 2018, p.33, disponible sur le site suivant : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf> [visité le 4 mai 2020].

IREPS Education santé Rhône-Alpes, ISM Corum, Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées, septembre 2012, p. 28 ; 29 ; 34 ; 41. Disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwiIvaut6ZLpAhVx8eAKHSTcBFsQFjADegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fireps-ara.org%2Factualite%2Faction_dl.asp%3Faction%3D999%26idz%3Da0dee88295d33afbc1059d326ed32091&usg=AOvVaw3qy9Syqpt034S1AtbuZhpl [visité le 13 mai 2020].

La Cimade, Sciences Po, *Dubliné.e.s en rétention : des demandeur.se.s d'asile privé.e.s de leurs droits par une politique d'éloignement à tout prix*, juillet 2019, disponible sur le site suivant https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/07/Sciences_Po_Cimade_2019_Dublin_Retention_2019.pdf [visité le 25 avril 2020].

La Cimade, rapport d'observation sur le règlement Dublin, *La Machine Infernale de l'Asile Européen*, avril 2019, p. 10. Disponible sur le site suivant : https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/04/La_Cimade_Rapport_Dublin_2019.pdf [visité le 3 mai 2020].

La Cimade, *rapport Dublin : l'urgence de changer de cap*, 2017, disponible sur le site suivant : https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2017/12/Cimade_Dublin_2017.pdf [visité le 31 avril 2020].

OFCE, *Marché à procédure adaptée sur la mesure du coût économique et social du mal-logement*, octobre 2015, p. 86. Disponible sur le site suivant : http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_ONPES_PUCA_OFCE_V2.pdf [visité le 6 mai 2020].

Médecins du Monde, rapport de 2017, p. 4 ; 5 ; 8 ; 18 ; 45 ; 46 ; 58 ; 59 ; 60 ; 63 ; 64 ; 86. Disponible sur le site suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf> [visité le 3 avril 2020].

Santé Publique France, BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, no 19-20, 5 septembre 2017, p. 383 ; 384 ; 399 ; 400 ; 419. Disponible sur le site suivant : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf [visité le 29 avril 2020].

Santé Publique France, BEH, Caroline Berchet, Florence Jusot, *Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature*, janvier 2012, p.18 ; 19. Disponible sur le site suivant :

<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=%C3%89tat%20de%20sant%C3%A9%20et%20recours%20aux%20soins%20des%20immigr%C3%A9s%20en%20France%20:%20une%20revue%20de%20la%20litt%C3%A9rature> [visité le 2 mai 2020].

TEXTES OFFICIELS

Constitution du 27 octobre 1946, IV^{ème} République.

Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU), NOR EQUX9900145L.

Règlement (UE) du Parlement Européen et du Conseil, Etablissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte), no 604/2013, 26 juin 2013.

ARTICLES

Article L. 712-1 CESEDA, disponible sur le site suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000030954142&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20150731> [visité le 16 avril 2020].

Article L. 6112-6 du Code de la santé publique, disponible sur le site suivant : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FB6B7C7053F9D17DB53D460AFC92421D.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006690692&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090611 [visité le 21 mai 2020].

Article L 160-1 du Code de la Sécurité Sociale, disponible sur le site suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000031668689&cidTexte=LEGITEXT000006073189> [visité le 18 mai 2020].

CONVENTION

Convention de Genève relative au statut des réfugiés, 28 juillet 1951, disponible sur le site suivant : https://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=CV_GENEVE_28071951 [visité le 16 mars 2020].

OUVRAGES

CAIRN, Valérie Pfister, Loriane Guiboux, Juliane Naitali, *Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner*, no 182, 2014, p. 106.

OCDE/Union européenne (2015), *Les indicateurs de l'intégration des immigrants 2015 : Trouver ses marques*, Éditions OCDE, Paris, p. 8;186. Disponible sur le site suivant : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233799-fr> [visité le 3 mai 2020].

JURISPRUDENCE

Interne

Cass. 1ère civ., 27 septembre 2017, n° 17-15160.

Cons. Const., décision n° 93-325 DC, 13 août 1993, *Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France*.

ARTICLES DE REVUE

Sandrine Musso, *Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'immigration*, *Bulletin Amades*, le 3 février 2009, consulté le 05 juin 2020. Disponible sur le site suivant : <http://journals.openedition.org/amades/269> [visité le 24 avril 2020].

INPES, *La Santé de l'Homme*, no 392, 1^{er} novembre 2007, p.18-19.

DOSSIERS ET COMMUNIQUES DE PRESSE

Zeinab Farhad, Romain Vadeleux, sous la direction de Jean-Pierre Michaud, Haute Ecole de Santé Vaud, *La compétence culturelle pour une amélioration des soins auprès des immigrants en milieu hospitalier*, 2018, p. 10. Disponible sur le site suivant : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=2ahUKEwj1npPh6pLpAhU5AmMBHdP9BEwQFjAJegQIChAB&url=https%3A%2F%2Fwww.patrinu.m.ch%2Frecord%2F176011%2Ffiles%2FHESAV_TB_Farhad_2018.pdf&usg=AOvVaw2hHvmgDBC0mZ1fd9V7O4Qv [visité le 14 mai 2020].

DOSSIERS DOCUMENTAIRES

Guillemette Chevaillier, EHESP, service documentation, *La santé des migrants en situation précaire*, mai 2019, p. 3. Disponible sur le site suivant : https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/05/DO_SanteMigrants_maj21052019.pdf [visité le 26 mai 2020].

ENQUETES

INSEE, enquête annuelle de recensement de 2018.

Eurostats, données de 2017 pour les 12 principaux pays concernés par les transferts avec la France, disponible sur le site suivant : <https://www.lacimade.org/publication/reglement-dublin-machine-infernale-asile-europeen/> [visité le 1er mai 2020].

DIAPORAMAS

CHU d'Amiens, Dr Sylvain Nappez, *Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants en France*, 2017, p. 5, disponible sur le site suivant :

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journee-gvp-20170504/vaccination-migrants-snappez.pdf> [visité le 10 mai 2020].

Groupe Hospitalier Sud Ile de France, ERES, Groupe Migrants de Prévention SPILF, Corevih IDF Est, *La Santé des migrants*, 2017, p. 50. Disponible sur le site suivant : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2017bordeaux-migrants/2017bordeaux-gpvspilf-vignier-sante-migrants.pdf> [visité le 1er mai 2020].

ARTICLES DE PRESSE

<https://www.europe1.fr/international/migrants-la-problematique-des-maladies-infectieuses-2717677> [visité le 2 mai 2020].

<https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/sont-vraiment-refugies-climatiques-2019-12-09-1201065344> [visité le 7 avril 2020].

<https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/06/17/20002-20150617ARTFIG00015-o-va-l-argent-des-travailleurs-migrants-europeens.php> [visité le 5 mai 2020].

https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/02/06/en-2018-pres-de-la-moitie-des-demandeurs-d-asile-en-france-sont-venus-d-afrique_5420197_3212.html [visité le 24 mars 2020].

https://www.lemonde.fr/vous/article/2002/07/22/la-destructuration-des-pratiques-alimentaires_624593_3238.html [visité le 3 mai 2020].

<https://lesobservateurs.ch/2017/02/23/maladies-chez-les-migrants-le-rapport-alarmant-de-la-revue-medicale-suisse/> [visité le 2 mai 2020].

https://www.lexpress.fr/actualite/societe/migrants-le-rapport-alarmant-sur-les-filieres-de-passeurs_2038056.html [visité le 13 avril 2020].

https://www.liberation.fr/societe/2015/06/17/de-la-syrie-a-paris_1331909 [visité le 16 avril 2020].

<https://www.ouest-france.fr/europe/ue/les-migrants-dublins-le-point-faible-du-regime-d-asile-en-europe-5867466> [visité le 7 mars 2020].

<https://www.20minutes.fr/monde/1625607-20150607-conflits-monde-carte-zones-dangereuses> [visité le 3 mars 2020].

SITES INTERNET

- <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/201719-20.pdf> [visité le 13 mars 2020].
- <http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/la-procedure/> [visité le 1er avril 2020].
- http://www.psmigrants.org/site/wp-content/uploads/2017/02/ada_fiches_horsjeu_web-1.pdf [visité le 16 mai 2020].
- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.E2.80.99asile:chute_en_2018 [visité le 13 avril 2020].
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604> [visité le 24 avril 2020].
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604> [visité le 29 avril 2020].
- <https://journals.openedition.org/amades/269> [visité le 17 janvier 2020].
- <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/la-protection-subsidiaire> [visité le 14 avril 2020].
- <https://projects.voanews.com/adrift-african-diaspora/french/#part-4> [visité le 16 avril 2020].
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie> [visité le 31 mars 2020].
- <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lutte-contre-les-discriminations-mise-en-ligne-des-resultats-du-1er-testing-sur-377650> [visité le 4 mai 2020].
- <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire> [visité le 19 mai 2020].
- <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile> [visité le 15 avril 2020].
- <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile> [visité le 15 avril 2020].
- <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie> [visité le 16 mai 2020].
- <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents> [visité le 23 mai 2020].
- <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/service-patient/lutte-contre-le-renoncement-aux-soins> [visité le 12 mai 2020].
- <https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile> [visité le 14 mars 2020].

<https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants/> [visité le 28 janvier 2020].

<https://www.ars.sante.fr/les-permanences-daccés-aux-soins-de-santé-0?parent=4228> [visité le 21 mai 2020].

<https://www.budgetbanque.fr/budget/budget-alimentation-comment-reduire-celibataire-couple-et-famille> [visité 28 avril 2020].

<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/isolement-social-immigrants-refugies.html> [visité le 10 mai 2020].

<https://www.canada.ca/fr/santé-canada/services/systeme-soins-santé/rapports-publications/accessibilite-soins-santé/barrieres-linguistiques.html> [visité le 12 mai 2020].

<https://www.ciussc-capitalexationale.gouv.qc.ca/santé-publique/inegalites-sociales-santé/vivre-sans-faim/informer/insecurite-alimentaire> [visité le 3 mai 2020].

<https://www.cnle.gouv.fr/les-permanences-d-access-aux-soins.html> [visité le 21 mai 2020].

<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/loi-solidarite-et-renouvellement-urbain-sru> [visité le 7 mai 2020].

<https://www.complementaire-santé-solidaire.gouv.fr/> [visité le 18 mai 2020].

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1993/93325DC.htm> [visité le 2 février 2020].

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946> [visité le 30 mars 2020].

<https://www.enfantsneocanadiens.ca/health-promotion/obesity> [visité le 1er mai 2020].

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20949/la-reconnaissance-des-diplomes-dans-l-union-europeenne.html> [visité le 5 mai 2020].

<https://www.gisti.org/spip.php?article5118> [visité le 2 mai 2020].

<https://www.gisti.org/spip.php?article5153> [visité le 13 avril 2020].

<https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/economie-et-immigration/quels-sont-les-metiers-interdits-aux-etrangers> [visité le 4 mai 2020].

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-droit-d-asile/Les-grands-principes-du-droit-d-asile> [visité le 20 février 2020].

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/La-decision-de-rejet-de-l-OFPRA-ou-de-la-CNDA> [visité le 29 mars 2020].

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles> [visité le 12 mars 2020].

https://www.inegalites.fr/Chomage-des-immigres-le-poids-des-inegalites-sociales-et-des-discriminations?id_theme=24 [visité le 2 mai 2020].

https://www.inegalites.fr/Chomage-des-immigres-le-poids-des-inegalites-sociales-et-des-discriminations?id_theme=24#nb3 [visité le 3 mai 2020].

https://www.inegalites.fr/Les-immigres-frappes-par-la-pauvrete-et-les-bas-revenus?id_theme=24 [visité le 4 mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198> [visité le 26 mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328> [visité le 26 mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1890> [visité le 6 mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025> [visité le 20 avril 2020].

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025> [visité le 1er mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586377> [visité le 2 mai 2020].

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#consulter> [visité le 26 mai 2020].

<https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant> [visité le 27 mai 2020].

<https://www.lacimade.org/asile-bilan-de-lasile-en-france-et-en-europe2019/> [visité le 27 avril 2020].

<https://www.lacimade.org/dubline-vous-avez-dit-dubline/> [visité le 13 avril 2020].

<https://www.lacimade.org/ex-dubline%C2%B7e%C2%B7s-en-fuite-pourquoi-lofii-leur-coupe-t-il-les-conditions-daccueil/> [visité le 30 avril 2020].

<https://www.lacimade.org/faq/pourquoi-migre-t-on/> [visité le 13 février 2020].

<https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/> [visité le 27 mai 2020].

<https://www.lacimade.org/nos-actions/europe-et-international/defense-des-droits-des-migrants-dans-les-pays-de-depart-et-de-transit/> [visité le 14 février 2020].

<https://www.ladepeche.fr/2019/10/07/les-vrais-chiffres-de-limmigration-en-france.8463566.php> [visité le 25 mai 2020].

https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/05/plus-de-700-medecins-imposent-aux-plus-pauvres-des-depassements-d-honoraires_3490469_1651302.html [visité le 17 mai 2020].

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cmu-ame-et-refus-de-soins-le-defenseur-des-droits-tance-les-plateformes-de-rendez-vous-medicaux> [visité le 15 mai 2020].

<https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-asile> [visité le 14 avril 2020].

<https://www.ofpra.gouv.fr/fr/protection-etat-civil/droits-et-obligations-des-protoges> [visité le 2 avril 2020].

<https://www.ofpra.gouv.fr/glossaire?lettre=M> [visité le 12 mars 2020].

https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/livret_daccueil_refugies_decembre2019.pdf [visité le 13 avril 2020].

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/quelle-est-la-difference-entre-la-solitude-et-l-isolement> [visité le 9 mai 2020].

<https://www.previssima.fr/question-pratique/quest-ce-quune-surcomplementaire-sante.html> [visité le 16 mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13315> [visité le 18 mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027> [visité le 18 avril 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027> [visité le 20 mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20127> [visité le 28 avril 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2209> [visité le 16 mars 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717> [visité le 12 avril 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717> [visité le 1er mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2728> [visité le 16 mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2780> [visité le 30 avril 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079> [visité le 20 mai 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32454> [visité le 18 avril 2020].

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308> [visité le 17 mai 2020].

<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> [visité le 3 mai 2020].

<https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2018/6/5b27bfe1a/685-millions-personnes-deracinees-chiffre-record-consequences-massives.html> [visité le 20 mars 2020].